

# L'operatore dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) in ambito socio-sanitario e la comunicazione educativa e interculturale

Paola Landi

	<h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 4, n° 1, Marzo 2009</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	---

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Titolo completo dell'articolo	
<b>L'operatore dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) in ambito socio-sanitario e la comunicazione educativa e interculturale</b>	
Autore	Ente di appartenenza
<b>Paola Landi</b>	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze</i>
<b>Pagine 99-132</b>	<b>Pubblicato on-line il 12 marzo 2009</b>
Cita così l'articolo	
Landi, P. (2009). L'operatore dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) in ambito socio-sanitario e la comunicazione educativa e interculturale. In <i>Narrare i Gruppi</i> , vol. 4, n° 1, Marzo 2009, pp. 99-132 - website: <a href="http://www.narrareigruppi.it">www.narrareigruppi.it</a>	

#### IMPORTANTE PER IL MESSAGGIO CHE CONTIENE

Questo articolo può essere utilizzato solo per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata. L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

## gruppi nel sociale

### **L'operatore dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) in ambito socio-sanitario e la comunicazione educativa e interculturale**

Paola Landi

#### *Riassunto*

Il lavoro descrive alcuni aspetti inerenti il ruolo e le competenze dell'operatore addetto alla comunicazione e relazione con il pubblico in ambito sanitario. Il concetto di comunicazione pubblica, rimanda alla centralità assunta dal concetto di comunicazione che ha portato le pubbliche amministrazioni a considerarla una risorsa per tutti coloro che devono informare, indispensabile per qualsiasi istituzione, compresa quella sanitaria. In particolare, comunicando la sanità, è necessario approcciarsi in modo più sensibile; si rileva la difficoltà di comunicare un messaggio eticamente corretto nel fornire le giuste informazioni, superando l'ostacolo che deriva dalla complessità del linguaggio medico, dalla molteplicità delle notizie o dall'appartenenza a culture diverse. Nel comunicare la sanità è essenziale valutare le tipologie di pubblico, tenendo presente i reali bisogni dei riceventi, adeguandosi anche ai bisogni relazionali dell'utenza straniera. Vedremo come, l'assunzione del modello *bio-psico-sociale* considera l'individuo nella sua globalità, dove la presa in carico e la cura cominciano proprio dall'informazione e vengono supportate dalla relazione con l'operatore sanitario. L'operatore Urp, in Sanità, ha un ruolo chiave in quanto può dare alla comunicazione e alla relazione con l'utente un carattere educativo, utilizzando la competenza comunicativo-relazionale come strumento per produrre un cambiamento, teso verso un miglioramento, in un contesto che spesso esprime un disagio. Accompagnare l'utenza nel superamento del disagio, educandola e non assistendola soltanto, ne favorisce l'autonomia e, di conseguenza, l'*empowerment* e la *partecipazione* attraverso le varie forme di ascolto che la pubblica amministrazione ha messo a disposizione del cittadino. In tal senso, una delle competenze che riteniamo essere essenziali nell'operatore Urp, oltre a quelle tecnico professionali e trasversali, è quella "educativa".

*Parole chiave:* comunicazione in sanità, competenze, relazione, educazione, cambiamento.

*The (URP) operator of the Public Relations Office in the health care system educative intercultural communication.*

*Summary*

This work describes some aspects related to the role and the competencies of a communication officer working in a communication and public relations area in the health care system. The communication in the public sector, originates from the centrality of the concept of communication itself, that has brought public administrations to consider it as an essential resource for whichever institution that needs to inform a general public including the health care system. Especially when we need to communicate about health care it's necessary to have a more sensitive approach. There are difficulties to convey an ethically correct message in giving the right information and overcoming the complexity of medical terms, due to the large number of information available or because of cultural differences. In providing communication services in the health care sector it is essential to be able to assess different varieties of people, bearing in mind the real need of the audience and adapt to cultural diversity. We will see as the assumption of the bio-psycho-social model enables to consider the patient globally; the idea is that the treatment starts from the information supported by the health operator. Therefore the communication and public relation operator plays a key role because they can give, to the communication and relation with the patient, an educational imprint, by using their communication and relationship skills they could be able to produce a change towards a better context for the patient that usually expresses some sort of discomfort. The goal is to lead the patient to overcome this discomfort area with an educational message and not only taking care of the therapeutically side in order to support self-sufficiency and lead to empowerment and possibly more involvement through the different counselling and listening structures arranged by the public administration. To this regard we consider that a communication officer's key skill, apart from the technical and professional competencies, it's the ability to "educate".

*Keywords:* health communication, competence, relation, education, change.

1. *Introduzione*

*Se lo sviluppo fuori da logiche deterministiche, non viene più calato dall'alto, gli attori a cui ne è affidato il governo e che possono con i loro comportamenti favorirlo o meno, assumono un significato particolare ed una rilevante posizione. Per questo motivo è necessaria una loro formazione adeguata e continua, [...] unitamente al fare emergere le conoscenze tacite e codificate delle quali non sempre siamo in grado di comprendere le implicazioni di cui sono portatori (Barone R., et al., 2006).*

Questo lavoro muove dalla convinzione che gli operatori che si occupano di comunicazione e di relazione con il pubblico nella Pubblica Amministrazione (P. A.), rivestono un ruolo strategico nel favorire e produrre trasformazione e cambiamento, sia nell'ambito delle relazioni interpersonali che nel sistema sociale in cui operano. Negli ultimi anni, inoltre, si assiste ad un profon-

do cambiamento culturale che interessa le istituzioni le quali sono chiamate a rispondere a bisogni sempre più articolati e mutevoli di una società in continua trasformazione dove i flussi migratori rivestono ormai una parte importante. In questa direzione, le istituzioni si trovano sempre più a dover sviluppare, al loro interno, capacità di innovazione e riconoscere un ruolo attivo al cittadino, con il quale il rapporto è sempre più complesso.

Il lavoro tratta, dunque, del luogo preposto a occuparsi, per legge, di relazione pubblica, l'URP, i cui compiti si possono riassumere in accoglienza e ascolto, informazione e orientamento, tutela e partecipazione dell'utenza e delle figure professionali che operano al suo interno. Queste ultime sono essenzialmente due, il comunicatore pubblico, portatore di innovazione e cambiamento interno all'Ente e responsabile della struttura, dei progetti e dei piani di comunicazione, e l'operatore Urp, ossia l'operatore che svolge il compito di agire processi comunicativi e relazionali con l'utenza interna, i dipendenti, e quella esterna, i cittadini.

Partendo da queste premesse si vuole descrivere e valutare le competenze ed il ruolo dell'operatore addetto alla comunicazione e relazione con il pubblico in ambito socio-sanitario.

Il ruolo di questa figura, previsto dalla legge, e richiesto dagli enti, prevede il possesso di capacità attitudinali, competenze tecnico professionali e competenze trasversali: competenza comunicativa, a livello interpersonale, tra operatore-utente nel percorso di cura e tra operatori interni all'organizzazione. E' questo un ruolo complesso: le qualità di questa figura professionale, infatti, non riguardano solo i titoli di studio o esperienze di lavoro pregresse, quanto le competenze, intese sia come esperienze, sia come capacità personali comunicativo-relazionali alle quali può correlarsi la competenza educativa necessaria per favorire la crescita e lo sviluppo delle comunità verso la partecipazione di tutti. Dette competenze risultano inscindibili da quelle tecnico-professionali, soprattutto in un ufficio preposto alla *relazione* e alla *comunicazione* con il pubblico, dove gli addetti alla comunicazione sono parte di una rete necessaria atta a trasferire i "saperi" all'intero sistema aziendale, oltre che all'esterno, e per questo il loro ruolo è strategico tanto da venire definiti *agenti del cambiamento* dall'attuale Piano Sanitario della Regione Toscana. *"Le istituzioni cambiano soprattutto se cambia la relazione tra cittadini e istituzioni, e se le istituzioni sono in grado di indurre e aiutare questa riqualificazione dei loro rapporti. Cambiano se cambia la relazione tra addetti alle istituzioni e i loro compiti e la vita delle istituzioni. Cambiano se i saperi socialmente disponibili sono chiamati a dare una mano in modo meno occasionale e sporadico, e se nessun sapere presume un monopolio tale da spacciare la propria irrazionalità per il sapere esclusivo e*

*dominante*” (Rolando, 1998: 338). Soprattutto oggi, in maniera sempre crescente, le organizzazioni si trovano ad operare in un contesto sociale ed economico in continua trasformazione, dove devono garantire la condivisione delle conoscenze al suo interno, l’individuazione e la soluzione dei problemi e il rapido adattamento ai cambiamenti. Quindi servono dei facilitatori che favoriscano questi processi. Il *facilitatore-diffusore* deve attuare una comunicazione collaborativa e non di tipo autoritario per potere orientare in modo congiunto formazione-comunicazione e cambiamento. L’approccio per competenze è necessario non solo per dare valore al capitale intangibile, le risorse umane, ma anche per la crescita dell’azienda e per orientare il suo funzionamento all’innovazione (Fini, 2008).

## 2. Elementi teorici sulla comunicazione relazionale in ambito socio-sanitario

“Il risultato di ciò che si comunica è nella risposta del nostro interlocutore” (M. Lefore)

Comunicare investe tutti gli aspetti della vita di un essere umano, per la sua complessità e trasversalità la comunicazione è trattata, sempre più, in diversi ambiti. Per spiegare cosa si intenda per comunicazione partiamo dal significato etimologico del termine.

La parola comunicare deriva dal latino *cum-munire*, cioè con-legare, costruire, da cui *communio*, ovvero mettere in comune, rendere partecipe, stabilire un contatto anche non necessariamente basato sulle parole. Attraverso la comunicazione gli uomini inter-agiscono, condividono valori, esperienze, scambiano messaggi il cui senso, percepito dal ricevente, deve essere molto vicino a quello inteso dal produttore e definiscono, in questo modo, la loro appartenenza ad una comunità (Licari, 2009: 25-26); per cui essa è un processo di costruzione interpersonale e negoziazione di significati (Dato, 2007).

Il modello teorico di riferimento<sup>1</sup> per la comunicazione, elaborato da Jakobson (1963), prevede sei elementi, che è bene tenere in considerazione quando si

---

<sup>1</sup> Il modello comunicativo della teoria dell’informazione, elaborato da Shannon e Weaver (1949), riguardava una teoria sulla trasmissione di messaggi nell’ambito informatico e delle comunicazioni di massa. In seguito, però, per la sua semplicità e apparente generale applicabilità, interessò anche altri ambiti. In particolare, questo modello aveva suscitato interesse anche da parte della linguistica, soprattutto da parte di Jakobson (1961-1963), che aveva assunto l’insieme di concetti legati al modello informazionale, con l’aggiunta del referente, e ne aveva fatto la base per la sua teoria delle funzioni linguistiche, ciascuna correlata a specifici concetti: funzione emotiva, conativa, fatica, metalinguistica, poetica, referenziale (Manetti, 2008: 4).

realizzano interventi comunicativi: mittente, referente o contesto, messaggio, contatto o canale, codice, destinatario.

Un'altro importante elemento del processo di comunicazione è il *feedback*<sup>2</sup>, che rappresenta il “messaggio di ritorno” dal destinatario all'emittente e consente di verificare se il messaggio è giunto a destinazione ed è stato compreso. Dunque la comunicazione è un atto bidirezionale, che prevede una risposta, da non confondere con l'*informazione*, che invece, significa trasmettere una notizia, dei dati ed ha carattere “unidirezionale”: *“Informare e comunicare sono due processi, l'uno intrinseco all'altro, che in ogni contesto organizzativo assumono obiettivi, strategie, strumenti e metodi diversi, dove l'informazione è il prodotto del processo comunicativo”* (Caldesi, 2008: 25), quest'ultimo è quindi *“un processo circolare che consiste nel trasmettere o trasferire dei significati, delle informazioni da un'emittente a un ricevente attraverso un canale considerando un certo grado di interazione tra chi trasmette e chi riceve”* (Loiudice, 2003: 117). Quanto alla circolarità del processo comunicativo, bisogna prevedere che esistono disturbi della comunicazione (altrimenti definiti come *rumors*) che agiscono sugli elementi che la compongono e che possono interrompere questo “flusso circolare” causando una “cattiva” ricezione del messaggio emesso (fig. 1): schema secondo il modello informazionale derivante dalla teoria dell'informazione di Shannon e Weaver (1949).



fig. 1

Ci sono, inoltre, dei veri “nemici” della comunicazione che si manifestano nel modo di rapportarsi, negli “stili di relazione”, che portano a interrompere la relazione: il *monologo*, che esclude l'ascolto, l'*esisto solo io* e l'*ideologismo*, che impongono il proprio modello e tendono a negare l'altro (Caldesi, 2007). Come tra persone, anche *“nelle organizzazioni è possibile riconoscere l'esistenza di specifiche barriere alla comunicazione collegate alle diverse competenze professionali (diversità di funzione e utilizzo del gergo), all'appartenere a settori diversi dell'organizzazione (il messaggio, passando attraverso la linea gerarchica, impiega più tempo e viene distorto), al carattere transitorio dell'esperienza del lavoro in comune”* (Loiudice, 2003: 116).

Quindi occuparsi di comunicazione è tutt'altro che semplice e casuale, come si poteva pensare fino a qualche tempo addietro e chi se ne occupa deve avere adeguate competenze comunicative, che possiamo definire come l'insieme di

<sup>2</sup> Per approfondimenti si veda il sito: <http://www.urp.it/>

precondizioni, conoscenze e regole che rendono possibile e attuabile il “significare e il comunicare” insieme alla capacità di gestire l’evento comunicativo nella sua completezza (Caldesi, 2008). Per agire la comunicazione interpersonale in modo efficace, occorre ricordare, innanzitutto, che non esistono regole comunicative prefissate, dal momento che *in questo processo entrano in gioco numerose variabili contingenti ed estemporanee*<sup>3</sup>:

- il carattere e l’umore della persona che comunica e le caratteristiche del contesto socio-culturale;
- l’interlocutore di riferimento, quindi l’età, il livello di istruzione, i tratti caratteriali, la cultura e i valori, che influenzano la relazione;
- gli eventi comunicativi già intercorsi con il medesimo interlocutore, ovvero la storia della relazione tra il soggetto e il suo interlocutore;
- l’obiettivo specifico della comunicazione;
- gli strumenti utilizzati: e-mail, posta ordinaria, telefono, fax, colloquio;
- il luogo in cui si svolge la relazione.

L’analisi del processo della comunicazione rafforza l’idea che la comunicazione è scambio e non solo trasmissione di dati tra persone o tra parti dell’organizzazione e prevede una relazione che, a sua volta, comprende i principali disturbi o rumori che possono interferire con essa.

Circa l’aspetto relazionale della comunicazione, il contributo più importante ci viene offerto dalla Scuola di Palo Alto e da Paul Watzlawick in particolare che, nei suoi *assiomi della comunicazione*<sup>4</sup> afferma che *è impossibile non comunicare*.

Comunicazione come relazione determina la circolarità della comunicazione dando alla relazione la caratteristica di un “sistema” dove i comportamenti sono circolari per cui ogni persona influenza, ma è anche influenzata dal comportamento dell’altro, quindi, ogni comportamento è, al tempo stesso, azione e risposta ad un’altro comportamento. Per questa ragione quando si presenta un problema all’interno del sistema questo reagisce con una serie di meccanismi regolatori che lo riportano al suo stadio iniziale, in questo caso si parla di omeostasi, ossia la ricerca di un equilibrio all’interno del sistema stesso. In particolare, il sistema di “persone che comunicano con altre persone”, è un mondo

<sup>3</sup> Per approfondimenti si veda il sito: <http://www.urp.it/>.

<sup>4</sup> Gli assiomi della comunicazione, frutto di uno studio guidato da Bateson, svolto da un gruppo di ricercatori Jackson, Watzlawick, Bavelas per il Mental Research Institute di Palo Alto in California (USA) tra gli anni ’50 e ’60, sono cinque e possono essere riassunti in: “impossibilità di non comunicare”; ogni comunicazione è caratterizzata da “un’aspetto di contenuto e da uno di relazione”; “comunicazione verbale e non verbale”; “il messaggio ricevuto non è identico a quello emerso”; “ogni interazione è simmetrica o complementare” (Watzlawick, 1967).

governato da regole e processi propri. *Quando le regole che tengono in vita il sistema cessano di essere funzionali, la comunicazione si ammala e può essere guarita solo da chi, con un intervento esterno, può modificare le regole del gioco* (Scotti, 2008). Da questa assunzione nasce la competenza comunicativa e l'approccio strategico della comunicazione, cioè l'applicazione delle formulazioni teoriche ed applicative frutto della Scuola di Palo Alto, alla comunicazione interpersonale, ai gruppi o alle organizzazioni. Il modello strategico, piuttosto che basarsi su una teoria a priori della natura umana, in base alla quale "analizzare un comportamento", si occupa del modo in cui l'uomo "percepisce e gestisce" la propria realtà attraverso la comunicazione con se stesso, con gli altri e con il mondo, trasformandola da disfunzionale in funzionale. Da questo punto di vista, *i problemi umani sono il prodotto dell'interazione tra soggetto e realtà, per cui risalire alle origini del problema è spesso fuorviante rispetto al trovare le soluzioni, mentre saranno le soluzioni che funzionano e condurranno a conoscere le matrici del problema* (Nardone, 2006). Questo metodo si fonda sulla flessibilità e adattabilità, sulla creatività, sull'*elaborazione dell'errore* e la capacità di autocorrezione degli elementi appartenenti al sistema, l'unica verifica di questo strumento è la sua efficacia operativa.

### 3. *Comunicazione in ambito Sanitario*

*Il sistema qualità nell'assistenza sanitaria europea indica la comunicazione efficace come la chiave per attuare con successo i cambiamenti e ribadisce che il punto di vista dei pazienti deve essere preso in considerazione nello sviluppo del processo assistenziale e nel sistema per il miglioramento della qualità.*<sup>5</sup>

Il diritto di salute, tutelato dall'art. 32 della Costituzione Italiana, è correlato al diritto di informazione (informare, informarsi ed essere informato) come precisato nella premessa al "*Documento di indirizzo sulla Comunicazione pubblica in Sanità*"<sup>6</sup>.

In particolare si individuano due ambiti e un *duplice ruolo* della comunicazione in sanità, anche se i principi e le funzioni, in entrambe i casi, tendono ad integrarsi.

*Il primo ambito* riguarda la "*comunicazione sanitaria*", centrata sull'erogazione dei servizi e delle prestazioni ed è finalizzata a sviluppare attività che consentano la partecipazione dei cittadini a processi decisionali e alla valutazione dei servizi, a garantire l'autonomia di scelta e a favorire, anche attraverso l'educazione sani-

---

<sup>5</sup> Direttiva dell'Unione Europea 97/17 e D.G.R. n. 392/06, Cap. 10. pag.4.

<sup>6</sup> [www.marketingsociale.it/pdf](http://www.marketingsociale.it/pdf) - Associazione Italiana Comunicazione Pubblica e Istituzionale.

taria, la cultura dell'appropriatezza. Facilitare l'accesso ai servizi, è un elemento necessario a garantire la salute e il benessere dei cittadini e rientra negli impegni di informazione e comunicazione delle Aziende Sanitarie verso la collettività insieme agli impegni riferiti agli aspetti relazionali e *all'umanizzazione delle cure che comprendono: la comunicazione interpersonale e l'umanizzazione, l'identificabilità del personale, l'informazione sanitaria, il consenso informato, privacy e riservatezza, i rapporti operatori-utenti, la partecipazione, la tutela dei diritti, il rispetto della morte, e delle abitudini di vita, la presenza di associazioni familiari e di volontariato* (Costantini, 2003: 249)<sup>7</sup>.

Non solo le aziende, ma anche il personale dei servizi sanitari dovrebbe *riorientarsi*, valorizzando la qualità della relazione, e impostare la relazione di aiuto come "educazione all'informazione sanitaria", abituandosi alla verifica degli effetti del proprio lavoro e *"tralasciando il rapporto assistenzialistico, per sostenere la simmetria del rapporto, verbale o non verbale, e la trasparenza del messaggio"* (De Angelis, 2008: 65).

Il secondo ambito, la *"comunicazione per la salute"*, interessa enti, istituzioni, associazioni di volontariato e cittadini che, in modo attivo e consapevole, condividono obiettivi, strategie e attività finalizzate alla *costruzione sociale della salute*, oltre che favorire sani stili di vita, attraverso le campagne di prevenzione e di educazione alla salute. Gli ambiti d'intervento di questa particolare comunicazione riguardano tutti i fattori che influiscono sulla salute, come indicato dal "modello bio-psico-sociale" a cui si riferisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1990). Ci riferiamo, in particolare, ai *determinanti sociali della salute*<sup>8</sup>, che si distinguono in: ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita, l'accesso ai servizi, non solo sanitari, ma anche sociali, dell'istruzione, ricreativi e di trasporto. In questa logica la promozione della salute non è responsabilità esclusiva dell'ambito sanitario, ma coinvolge anche altri settori che influiscono sulla salute.

<sup>7</sup> Nella Regione Toscana le Aziende Sanitarie hanno assunto impegni riferiti agli *aspetti relazionali, all'umanizzazione, all'informazione* adottando standard di qualità ed effettuato iniziative di verifica. Alcune delle quali hanno riguardato: il potenziamento del servizio di accoglienza, il miglioramento della chiarezza dell'informazione sanitaria, interventi formativi sulla comunicazione difficile, il coinvolgimento del Centro Riferimento Regionale Criticità Relazionali (C.R.R.C.R.), e rispetto alla gestione del dolore e della sofferenza, garanzia del servizio di mediazione culturale, per le Associazioni di volontariato e Tutela, ecc. (Osservatorio Regionale Carta dei Servizi Sanitari, 2008: 13).

<sup>8</sup> Accreditati studi internazionali, coordinati da Marmot M. e Wilkinson R., con l'approvazione dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto della salute. I fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%. Il gradiente socio-economico risulta essere il più rilevante fattore esplicativo della quantità di vita (e probabilmente della qualità) e di conseguenza più importante di altri fattori come, ad esempio, il contributo dei sistemi sanitari (Wilkinson e Marmot, 2003).

te (istruzione, cultura, trasporti, sport, turismo) con un approccio “intersettoriale” volto a realizzare progetti integrati in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione. Possiamo definire la promozione della salute come il processo attraverso il quale gli individui e le comunità arricchiscono la capacità di controllo sui determinanti della salute, provvedendo a migliorarla.

In particolare gli studi sui determinanti della salute hanno rilevato che *“l'appartenenza a una rete sociale di una comunicazione e di obblighi reciproci fa sì che ci si senta considerati, amati, stimati, e apprezzati; questo ha un potente effetto protettivo sulla salute, inoltre, i sistemi relazionali di sostegno possono favorire modalità comportamentali più salubri”* (Wilkinson e Marmot, 2003: 2). L'approccio bio-psico-sociale è orientato a cogliere la dimensione non solo “oggettiva” della biomedicina, ma anche la complessità della dimensione “soggettiva”, e di solito intesa come quella “interpersonale” del sanitario con il paziente, che include, per estensione, anche quella pubblica con gli utenti del servizio sanitario (De Angelis, 2008).

In tale ottica assume grande rilievo nelle Aziende Sanitarie la giusta attenzione alla comunicazione interna tra tutte le figure professionali, ossia comunicare tenendo presenti i bisogni di informazione ed educazione sanitaria, accoglienza e semplificazione dei rapporti, ma anche definire e seguire il percorso terapeutico dell'utente dal suo primo ingresso (visita, accertamenti diagnostici, ricovero, degenza) alla dimissione. Un approccio, alla gestione della relazione con l'utente, dove la “presa in carico” è globale, rivolta alla persona malata considerata nella sua interezza, quindi anche nella sua parte sana, al di là della specifica patologia lamentata; mutuando dall'inglese l'attenzione al concetto del *to care* non solo *to cure*, cioè avere interesse, premura, attenzione e non solo cure cliniche (Costantini, 2003). Questa nuova prospettiva stimola l'esame e la riflessione sulla qualità della comunicazione sanitaria e per la salute, mettendo in rilievo il vissuto esistenziale delle persone rispetto alla malattia, le aspettative, i sentimenti, i contesti, le interpretazioni e non soltanto gli aspetti diagnostico terapeutici delle cure: in questa direzione, ad esempio, è orientata la *Narrative Based Medicine*<sup>9</sup>(NBM).

---

<sup>9</sup> La NBM nasce in Usa ad opera della Harvard Medical School, punti di riferimento sono Kleinman A. (1980) e Good B. (1999), due psichiatri antropologi: si tratta di una tecnica di ricerca applicata in sanità soprattutto negli ambiti operativi di valutazione e miglioramento della qualità, nonché dell'appropriatezza dei servizi. L'innovazione dell'approccio consiste, nell'ottica dell'alleanza terapeutica, nel considerare la malattia sia come *disease* (patologia intesa in senso biomedico) sia come *illness* (esperienza soggettiva che la persona ha dello star male). Quest'approccio promuove l'utilizzo di metodologie di raccolta di materiali differenti (interviste, biografie, diari, racconti) e quindi al lavoro di contestualizzazione ed interpretazione della narrazione, come comunicazione dell'esperienza (Progetto *Name*, Azienda Sanitaria di Firenze, 2008).

A livello istituzionale il consolidamento della comunicazione sanitaria e per la salute avviene, di fatto, negli Uffici di pubbliche relazioni che diventano gli strumenti del sistema sanitario per ricevere e dare informazioni. Dall'osservazione sul funzionamento dei servizi socio-sanitari e dai *report* annuali delle aziende, atti a rilevare la qualità percepita dagli utenti, emergono alcune caratteristiche e criticità nel sistema sanitario spesso riferite a problemi di tipo comunicativo-relazionale con il personale sanitario. Si riscontra che è carente la capacità di comprendere le aspettative dell'utenza e quindi di soddisfarla. Quando l'utente ricerca una prestazione di carattere sanitario, e si avvicina al servizio, porta le sue aspettative, i suoi *bisogni*<sup>10</sup>, che possono riguardare la richiesta di orientamento circa la prestazione da eseguire (bisogno logistico, funzionale), ma anche il disagio, l'ansia della diagnosi (accertata o da accertare), l'emotività data dal problema di salute, propria o dei suoi familiari. Inoltre, nel contesto sociale attuale, devono essere considerati con maggiore attenzione anche i bisogni relativi all'utenza immigrata. Rispetto ai bisogni fondamentali l'immigrato non si presenta così diverso dall'autoctono, la diversità è relativa al contesto culturale di provenienza ed alla condizione economica, sociale, linguistica e giuridica in cui viene a trovarsi nel contesto che lo accoglie. In particolare, quando l'utente si rivolge all'Urp, è probabile che sussista anche un'altra condizione, cioè arrabbiatura e diffidenza verso l'azienda sanitaria e/o il Servizio Sanitario in generale, motivata da diversi fattori: tempi di attesa molto lunghi per usufruire delle prestazioni, lunghe liste di attesa per gli interventi, difficoltà di accesso ai servizi (telefonico o con il *call center*), spesso la contraddittorietà di un sistema sanitario che promuove la prevenzione con campagne mediatiche incalzanti ed una realtà in cui anche i basilari diritti alla salute sembrano disattesi. Inoltre, il linguaggio adoperato dai sanitari è spesso "incomprensibile e autoreferenziale" e non facilita la comprensione dei messaggi. E' evidente che tra operatore sanitario e utente esiste una profonda asimmetria sul piano delle competenze e della relazione, ma anche aspettative reciproche diverse: il paziente nutre l'aspettativa di potersi affidare alla coscienza di un professionista in grado di farsi carico del suo bisogno e capace di assisterlo, curarlo, guarirlo. Dall'altra parte, nella relazione con l'utente, l'operatore sanitario dovrebbe con-

---

<sup>10</sup> Il termine *bisogni* in ambito sanitario si riferisce alla condizione in cui si trova un soggetto, o una comunità, al quale manca, soggettivamente o oggettivamente, qualcosa per raggiungere uno stato migliore del precedente quanto a benessere o funzionalità; quelle carenze che richiedono misure di prevenzione e cura, controllo o rimozione, come condizione sanitaria, psicologica, sociale dove è opportuno intervenire. I bisogni possono essere: *latenti, impliciti, espressi, manifesti, definiti dai sanitari, confermati scientificamente* (OMS 1980: documenti ministeriali sulle carte dei servizi sanitari) (Costantini, 2003:79).

siderare che la condizione di malato implica uno stato di dipendenza, vulnerabilità, ansietà, e quindi, che la capacità di apprendere l'istruzione sanitaria nel paziente è spesso ostacolata da fattori come ansia, disagio fisico, insieme alla mancanza di familiarità con l'ambiente ospedaliero. Le difficoltà aumentano quando l'utente è un cittadino straniero. Ci sono differenze che non possono essere livellate, superate, perché fanno parte dell'identità personale e sociale dei due interlocutori. Il modello culturale clinico/scientifico del sanitario si fonda su valori come razionalità, oggettività, approccio specialistico, dualismo corpo/mente e si colloca in un contesto istituzionale e gerarchico preciso. Il modello culturale del paziente immigrato possiede suoi parametri specifici, riguardo alla definizione di malessere del corpo, alla descrizione dei disturbi, all'idea della malattia, al rapporto con il corpo, al rapporto individuo/gruppo familiare e sociale e, soprattutto, impatta con l'impossibilità di dare per scontato la propria identità, perché tutto deve essere ridefinito. Quindi nella descrizione dei sintomi, dei disturbi, niente è più codificabile in modo noto, il soggetto narra il suo disagio con i parametri della sua cultura. E la mediazione culturale, come è risaputo, va a lavorare proprio sulla barriera culturale "operatore sanitario-paziente" che viene superata senza doverla eliminare. Il mediatore, si inserisce in questa relazione, cercando una strada che possa essere il riferimento di entrambi, e imposta la comunicazione con i rispettivi codici culturali. In particolare, nel rapporto medico paziente i due interlocutori parlano un codice ed esprimono un contenuto altamente soggettivo e, quindi, non sarà possibile una oggettività nel tradurre.

Il Mediatore culturale costituisce allora un linguaggio comune condivisibile dai due attori nella relazione, ma anche decodifica i bisogni, recupera l'esperienza e i valori del paziente, diventando interfaccia e vettore di *feed-back* nel processo di comunicazione. La mediazione si pone come ponte tra aspettative, interessi, concezioni, vissuti del paziente e dell'operatore sanitario. Molti comunicatori pubblici, in ambito sanitario, riscontrano queste problematiche e rilevano che elementi qualificanti come l'ascolto, la relazione, l'accoglienza, la gentilezza, vengono ritenuti marginali all'organizzazione sanitaria, o "*strumentalmente finalizzati a scopi gestionali utili e convenienti per favorire il funzionamento dei servizi e l'accesso alle prestazioni, ma ininfluenti per il miglioramento della qualità delle attività [...]*" (De Angelis, 2008: 66). Per tutte queste ragioni il percorso dall'assistenzialismo tipico del modello clinico tradizionale alla realizzazione dell'autonomia, che vede il paziente attivo e partecipe, sembra essere ancora lungo, le resistenze sono molte e necessitano di una maturazione culturale che certamente una formazione adeguata dei sanitari può favorire.

### 3. 1. *L'Ufficio Relazioni con il Pubblico in Sanità: normativa e funzioni*

Dal 1990 ad oggi, si assiste ad una vera e propria rivoluzione culturale nella gestione dei servizi pubblici, che investe la pubblica amministrazione e i suoi ambiti. La gestione pubblica dimostra di voler effettivamente uscire dall'autoreferenzialità e di volere interagire con l'utente, all'idea di informare i cittadini si sostituisce quella di comunicare per intercettare i reali bisogni della comunità al fine di migliorarne i servizi.

Questa trasformazione evidenzia che la sola informazione non è sufficiente, poiché è unidirezionale, occorre creare, invece, uno scambio tra amministrazione e cittadino che solo la comunicazione e la relazione possono offrire.

Per favorire il dialogo e un rapporto interattivo fra utenti e pubblica amministrazione vengono prodotte norme che introducono i principi della trasparenza, della semplificazione del linguaggio amministrativo e la modalità di accesso agli atti<sup>11</sup>. La P.A. deve soddisfare i requisiti della chiarezza, semplicità e sinteticità, garantire completezza e correttezza dell'informazione *“rendere visibile quello che è, che fa, come lo fa, perché lo fa e per chi lo fa, dove lo fa”* (Solito, 2004: 14-15).

L'evoluzione legislativa e normativa che interessa il Servizio Sanitario Nazionale e la comunicazione pubblica in sanità hanno avuto uno sviluppo più lento e tardivo che negli enti locali. In particolare la riforma del S.S.N., con i decreti legge n. 502/92, n. 517/93 e n. 229/99, introduce l'aziendalizzazione del servizio sanitario, la programmazione e la verifica della qualità delle prestazioni socio-sanitarie erogate. Si è sempre più orientati a rispondere ai bisogni e alle aspettative dei cittadini che lasciano il ruolo passivo di “paziente” e acquisiscono un ruolo attivo di “utente/cliente”, quali soggetti delle decisioni in tema di salute.

In questo contesto normativo, con il D.L. n. 29/1993, vengono istituiti gli Uffici di Relazione con il Pubblico che, insieme alla *Carta dei Servizi*<sup>12</sup>, hanno lo scopo di consentire al cittadino un'adeguata conoscenza delle Aziende, delle prestazioni offerte, di come accedere alle cure e di verificare la qualità dei servizi erogati. Con la Legge n. 150/2000 viene riconosciuta alla comunicazione una funzione istituzionale e introdotta una distinzione netta, con conseguente

<sup>11</sup> Per approfondimenti si vedano le leggi n. 142/90 e n. 241/90, successivamente modificate ed integrate; la “Direttiva sulla semplificazione del linguaggio amministrativo” (2002), emanata dal Ministro della Funzione Pubblica.

<sup>12</sup> La *Carta dei Servizi pubblici* nasce con Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27/01/94 e diventa vincolante per gli enti pubblici con la legge n. 273/95, è un patto scritto tra chi eroga il servizio e chi ne usufruisce, definendo i criteri per la valutazione della qualità; è uno strumento efficace nel riconoscere il ruolo del cittadino quale soggetto attivo, sia in termini di partecipazione alle scelte di politica che di controllo della qualità.

distinzione dei ruoli, tra attività di informazione, che si realizzano attraverso la figura del Portavoce e dell'Ufficio Stampa, e quelle di comunicazione e di relazione, che si realizzano attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e le figure professionali che vi operano.

La Legge Regionale Toscana n. 40/2005 regola le attività di informazione, di comunicazione e di tutela nelle P. A., in particolare, le Aziende Sanitarie definiscono il Piano di Comunicazione Aziendale interna-esterna<sup>13</sup>, che costituisce lo strumento con il quale la Direzione Aziendale determina annualmente gli obiettivi, i contenuti, gli strumenti e i tempi, nonché le modalità di verifica, delle iniziative di comunicazione, al fine di costruire un sistema di comunicazione coordinato nell'ente, coinvolgendo cittadini, operatori, e la società nel suo insieme.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico rivolge l'attenzione ed utilizza, in coerenza alle norme citate, la comunicazione e la relazione come strumenti per svolgere le sue funzioni istituzionali, che in ambito sanitario sono: informare adeguatamente sulle prestazioni sanitarie, le modalità di accesso, le procedure di attuazione del diritto di accesso e partecipazione, monitorare le richieste; costruire con l'utente una relazione tale da limitarne i disagi e favorire l'esplicitazione di esigenze, collaborare con le associazioni di volontariato, educare alla corretta fruizione dei servizi, ascoltare e comprendere aspettative e necessità, favorire la raccolta di segnalazioni e occuparsi dei reclami; attivare iniziative finalizzate al superamento dei disservizi, accogliere i reclami e trasmetterli alla direzione; creare occasioni che consentano agli organismi di volontariato di partecipare a momenti istituzionali di indirizzo e programmazione, predisporre progetti operativi per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini, rilevare il gradimento degli utenti riguardo alle prestazioni sanitarie, regolare il controllo di qualità in modo tale da coinvolgere cittadini, associazioni e personale (Rolando, 2001).

Nelle Aziende Sanitarie, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico è una struttura che dimostra la sua efficacia attuando la comunicazione a diversi livelli: con i dirigenti, i dipendenti, gli utenti, altri enti, da cui riceve le informazioni e le conoscenze, che rielabora per trasmetterle all'esterno. Possiamo dire che l'Urp rappresenta il fulcro del sistema comunicativo interno alle aziende, proprio perché è la struttura più informata. Infatti, la sua comunicazione è trasversale al sistema organizzativo aziendale ed è proprio questa trasversalità dell'informazione che può trasformare l'Urp *“da comunicatore unidirezionale verso l'esterno a regista del sistema che, coordinando la comunicazione interna, agevola ed implementa conoscenze e saperi*

---

<sup>13</sup> Piano Sanitario Regionale 2005-2007, parag. 4.2.3.1; DGR n. 22/2000.

*diffusi all'interno dell'azienda; per questo chi lavora al suo interno può favorire il miglioramento del sistema e del clima interno, in quanto gli operatori vengono coinvolti in un processo di crescita innovativa non calata dall'alto (top down), ma promossa dal basso (bottom up) e coordinata da un ufficio che, per sua stessa natura, è "vicino" a tutte le strutture aziendali, oltre che al cittadino" (Fini, 2008: 51).*

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005, evidenzia l'importanza della comunicazione all'interno dell'ambito sanitario e la definisce come un processo bilaterale di informazione/ascolto, che vede coinvolti con pari dignità due o più soggetti. A tal fine vengono inseriti, tra i protagonisti preposti alla tutela della salute, anche strutture come l'Urp e, tra gli strumenti della comunicazione, i comunicatori pubblici, che insieme agli operatori sanitari, vengono definiti "agenti del cambiamento".

#### *4. Il ruolo dell'operatore preposto alla comunicazione pubblica: le competenze e la formazione*

*"Agisci sempre in modo da trattare l'umanità in te stesso e nell'altro come un fine e mai come un mezzo"*  
Kant

In questo paragrafo vogliamo analizzare quali figure, quali competenze e quale formazione sono necessarie per lavorare nell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, che possono agevolare l'incontro tra istituzione e cittadino; cosa stimola la consapevolezza e la motivazione del proprio ruolo di operatore, e quali strumenti e comportamenti favoriscono la competenza nell'utente.

In particolare all'interno dell'Urp si individuano due principali profili professionali: il Comunicatore pubblico e l'Addetto alla comunicazione e alle relazioni con il pubblico. Il primo dirige ed è responsabile delle strutture di comunicazione, in accordo con le strategie dell'Ente: è un programmatore di medio-lungo periodo, capace di cogliere con tempestività e di segnalare il cambiamento; una persona capace di cogliere le potenzialità dei diversi media e le interazioni tra loro, più che di uno specialista di singoli canali; un buon coordinatore di gruppi di lavoro (Ortoleva, 2001).

Il secondo è l'Operatore che si occupa di comunicazione e di relazione a contatto diretto con gli utenti interni/esterni. Riportiamo in sintesi il profilo di quest'ultima figura.

Secondo un documento emanato dall'Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale, l'addetto alla comunicazione e alle relazioni con

il pubblico<sup>14</sup> è colui che presiede il *front* e il *back office* nelle strutture di comunicazione ed è responsabile:

- dei procedimenti per la concreta attuazione dei diritti all'accesso e partecipazione;
- della realizzazione e implementazione delle banche dati informative sui servizi, prestazioni ed organizzazione dell'ente;
- della realizzazione del materiale informativo comunicazionale per la promozione dei servizi e le prestazioni dell'Ente;
- dell'attività di informazione, consulenza, orientamento e assistenza degli utenti;
- della rilevazione dei bisogni e delle attese degli utenti;
- della proposizione di soluzioni per eventuali disfunzioni organizzative e per la programmazione di nuovi servizi;
- dell'analisi dei fabbisogni del territorio;
- dell'utilizzo delle tecniche di *customer care*<sup>15</sup>;
- della funzione di interfaccia con l'utenza attraverso i nuovi strumenti multimediali (siti istituzionali, *call center*, sportelli virtuali);
- della cooperazione per la progettazione e la realizzazione dei servizi offerti in rete e per la promozione on-line delle attività dell'Ente;
- del controllo qualità delle informazioni e dei contenuti, rendendo più possibile omogenei i codici linguistici utilizzati.

Il *back office* è l'ufficio che supporta le attività del *front office* relativamente alla raccolta, all'analisi, all'elaborazione delle informazioni e, a tal fine, sono necessarie figure di supporto<sup>16</sup>. Le altre figure istituzionali preposte alla comunicazione pubblica sono il *Portavoce* e l'*Addetto Ufficio Stampa*, che hanno distinti ruoli, e si occupano rispettivamente di far conoscere l'azienda all'esterno e di tenere i rapporti con la stampa, come previsto dagli art. 7 e 8 della Legge n. 150/00. Nella nostra trattazione, in particolare, ci riferiamo al ruolo e alle competenze che riveste all'interno delle Aziende Sanitarie l'operatore a contatto ed in rap-

---

<sup>14</sup> *Profili Professionali della Comunicazione Pubblica* approvato all'unanimità dall'Assemblea Nazionale dell'Associazione Comunicatori Pubblici, 23 giugno 2006 (da <http://www.compubblica.it>).

<sup>15</sup> Si definisce *customer care* l'insieme degli strumenti necessari a cogliere e gestire, le esigenze del cliente: gestione del rapporto, gestione del colloquio telefonico, gestione delle code, del colloquio interpersonale, analisi del bisogno (da <http://www.emmedelta.it>).

<sup>16</sup> Oltre al Comunicatore pubblico e all'Addetto alla comunicazione (o *Tecnico delle relazioni con il pubblico*), Faccioli inserisce, a supporto delle attività di comunicazione, il *Documentalista*, colui che cura la ricerca e classificazione delle notizie, la gestione e l'aggiornamento delle banche dati, ovvero il "cuore del sistema" informativo (Faccioli, 2001).

porto diretto con il cittadino. Questo personale riveste un ruolo di immagine molto rilevante, in quanto l'utente tende ad identificarlo con l'azienda ed a considerare il servizio in base al suo comportamento. In considerazione di ciò diviene importante che il personale abbia una attitudine a questo lavoro e una buona capacità relazionale, tuttavia è necessario formarlo e aggiornarlo, per dargli la possibilità di muoversi in autonomia. Si tratta di un triplice ruolo:

- *informativo* (fornire informazioni, consulenze e assistenza agli utenti);
- *persuasivo* (promuovere il servizio, orientare la domanda, spingere a seguire modelli di funzioni ottimali);
- *conoscitivo* (apprendere nel processo di relazione con l'utenza, nuovi bisogni e nuove tendenze) (Faccioli, 2001: 223).

Per svolgere queste funzioni il personale deve conoscere *“l'amministrazione e i suoi servizi [...] ed essere in grado di gestire al meglio il rapporto personale e diretto con l'utente, ma anche il rapporto con i diversi gruppi dell'organizzazione”* (Faccioli, 2001: 222).

Risulta quindi importante che le professionalità operanti all'interno dell'Urp, in ambito sanitario, abbiano *competenze tecnico-professionali*, che fanno riferimento alla conoscenza di procedure, norme, discipline, e *competenze trasversali*<sup>17</sup> riferite al comportamento organizzativo, alla gestione del cambiamento, unitamente a competenze gestionali, per essere in grado di coordinare gli operatori e le varie figure coinvolte nel gruppo di lavoro e nell'intero processo di comunicazione sanitaria. Considerata la competenza come *“il prodotto di una interazione tra conoscenze, attitudini, esperienze, motivazioni, alla loro messa in campo, alla loro traduzione in azioni e in risultati riconoscibili ed apprezzabili e quindi valutabili in un determinato contesto”* (Civelli, Piccinni, 2002: 22-23), nell'approccio per competenze entrano in gioco anche le conoscenze e le esperienze personali dei soggetti che si traducono nella pratica in capacità di comprensione, azione e decisione nella attività lavorativa.

Secondo Bechelloni le competenze che deve avere un *comunicatore pubblico* possono essere riassunte in:

---

<sup>17</sup> Secondo il modello ISFOL (Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori) le “competenze trasversali” si distinguono in: *diagnosticare*, prestare attenzione, percepire, interpretare, capacità di analisi critica di problemi o situazioni e di pianificazione di comportamenti attraverso la prefigurazione di conseguenze possibili e la valutazione dei risultati ottenuti; *affrontare*: progettare, prendere iniziativa, decidere, capacità di mettere in atto strategie di fronteggiamento di situazioni critiche, di controllare reazioni emotive, l'ansia e gestire lo stress; *relazionare*: ascoltare, comunicare, cooperare, capacità di modulare la comunicazione e i comportamenti, tenendo conto della specificità dell'interlocutore, gestire relazioni simmetriche e asimmetriche e lavorare in gruppo.

- *“Competenze interpretative: le capacità di potersi orientare all’interno delle circostanze, saper definire le situazioni, sapersi orientare in esse, ascoltare i contesti, leggere in prospettiva, pianificare i progetti, guardare alla globalità dei fenomeni, comprendere le relazioni, interpretare i dati.*
- *Competenze organizzative: conoscere il proprio contesto lavorativo, la “biografia” della propria organizzazione e avere consapevolezza delle competenze e dei limiti di questa.*
- *Competenze relazionali: essere corretto, chiaro ed autorevole, capace di costruire e mantenere reti di relazione, costruire fiducia, fare squadra, collaborare con tutti i membri dell’organizzazione, capire il clima intorno a lui e adattare ad esso il proprio comportamento.*
- *Competenze comunicative: conoscere le logiche e i linguaggi dei media, avere padronanza degli strumenti e adattarli a seconda dei contesti e dei pubblici.*
- *Competenza di realizzazione: sapersi orientare allo scopo, valorizzare le competenze proprie e altrui, fissare le priorità, gestire tempi e risorse, saper dare risposte.*
- *Competenze tecniche: conoscere le nuove tecnologie, le metodologie di marketing e gli strumenti operativi quotidiani”* (Bechelloni, 2002: 138-139).

Sebbene i principi fondamentali degli Urp sanitari si equivalgano a quelli di altri enti pubblici, a coloro che operano nel settore sanitario sono richieste conoscenze proprie dell’ambito, quindi, la formazione di base, dovrà contemplare anche a *competenze sanitarie*, medico-scientifiche, così da poter offrire informazioni sanitarie corrette e comprensibili. A tal proposito gli operatori dovrebbero essere figure sanitarie, opportunamente formate, o *educatori professionali*<sup>18</sup>; questi ultimi, in particolare, pur mantenendo la propria specificità di tipo educativo-relazionale, possiedono competenze sanitarie, igienistico-preventivo, e capacità organizzative, di progettazione e coordinamento, onde poter proficuamente interagire con altre figure professionali dell’ambito socio-sanitario, quali medici, psicologi, terapisti.

Inizialmente negli Uffici dedicati alla comunicazione e relazione con il pubblico, le figure preposte venivano individuate all’interno dell’organizzazione tra il personale che presentava attitudini adeguate ai compiti specifici della struttura. L’Addetto alla comunicazione con il pubblico doveva essere inquadrato a seconda della complessità delle strutture individuate nel regolamento di organiz-

---

<sup>18</sup> L’Educatore Professionale (EP) ha un percorso formativo nel Corso di Laurea in Educazione sanitaria, interfacoltà tra le Facoltà di Medicina e Chirurgia e Scienze della Formazione ed afferisce alla Classe SNT/2 delle “Lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione”. Un connubio perfetto per svolgere questo ruolo che fonde insieme competenze sanitarie ed educative: approfondiremo il profilo dell’EP nell’ultimo capitolo.

zazione dell'Ente, e possedere un profilo medio alto. In particolare quando gli Urp sono stati istituiti non esistevano ancora figure professionali con una formazione specifica all'interno degli enti, e in ambito sanitario la figura con questi requisiti e di cui l'ente disponeva in prevalenza era personale infermieristico. L'assegnazione di questa tipologia di professionisti a questi uffici in parte è risultata funzionale a fornire informazioni di tipo sanitario corrette agli utenti, ma disfunzionale a favorire un'educazione sanitaria appropriata e l'*empowerment* nell'utenza.

Le amministrazioni avevano compreso l'importanza che rivestiva questa figura, che doveva supportare e mettere in pratica i nuovi orientamenti normativi, ma non la rilevanza strategica che avrebbe potuto avere, in una visione di lungo periodo, in termini di favorire la crescita, il miglioramento sociale e culturale delle comunità in cui si trovava ad operare. Questo errore di prospettiva ha portato i comunicatori a non riuscire a rendere efficace il sistema informativo-comunicativo-formativo, sia all'interno dell'ente che verso l'utenza esterna<sup>19</sup>.

Una informazione-comunicazione inefficace comporta disagi, accessi impropri, ritardi, rimborsi, infinite spiegazioni all'utente, che comunque rimane poco istruito dell'ambito sanitario, non autonomo e quindi sempre meno partecipe. Le responsabilità non sono attribuibili soltanto al cittadino, ignorante e disinformato o anziano, ma riguardano entrambe le parti, quindi anche le pubbliche amministrazioni. In tal senso le teorie che abbiamo esposto precedentemente sulla comunicazione, inclusa quella in ambito sanitario, ci sostengono: non è possibile pretendere di informare, dare una serie di notizie e nozioni, istruzioni, al cittadino senza cercare di capire chi è l'interlocutore, qual è il suo bisogno, cos'è in grado di capire, soprattutto quali sono le conoscenze in suo possesso che gli permettano di comprendere quanto devo riferirgli. Se l'informazione risponde con questo tipo di attenzione e competenza comunicativa-educativa, abbiamo l'occasione davvero di fare *educazione ed informazione sanitaria*, di rilevare i bisogni reali di chi accede ai servizi e quindi cosa serve per migliorarli, ma an-

---

<sup>19</sup> Questa riflessione nasce dalla rilevazione di alcune criticità emerse nella valutazione dell'operato degli Urp nei contesti sanitari toscani, in particolare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze, in un periodo di tempo compreso tra dicembre 2007 e dicembre 2008, eseguita da osservatori privilegiati. In quest'ufficio lavorano operatori, opportunamente formati, in cui è prevalente il ruolo sanitario: sette infermieri professionali, due amministrativi esperti e due operatori socio sanitari. Dalla rilevazione è emerso che, nonostante l'aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, ancora oggi i cittadini, circa il 60% dei contatti avvenuti per telefono o di persona e via mail, non hanno chiara l'organizzazione del servizio sanitario, il ruolo dell'Urp nelle Aziende, la distinzione tra aziende sanitarie e relative competenze, quindi delle prestazioni che offrono in base ai livelli di specializzazione, e che le stesse hanno *budget* distinti: il cittadino può scegliere, ma non "mescolare i servizi", per esempio fare la prestazione in un'azienda e pagare in un'altra.

che di favorire il rispetto e l'appropriatezza delle prestazioni. Un servizio pubblico di qualità può rispettare gli standard più elevati, ma diventare inefficiente se il cittadino, l'utente lo utilizza in modo inadeguato, dis informato e discontinuo. Si è visto che tra le cause di utilizzo inappropriato di un servizio, c'è l'inadeguatezza della comunicazione da parte dell'ente pubblico erogante, che utilizza uno stile di comunicazione concepito dal punto di vista di chi eroga e non di chi utilizza. Un "buon servizio", per essere ritenuto tale, deve essere efficiente, comunicato bene ed usufruito appropriatamente.

Dunque gli operatori Urp, soprattutto in ambito sanitario, sono ben più che semplici diffusori di informazioni e notizie di pubblico interesse, il loro compito, infatti, è di veicolare i messaggi in un linguaggio semplificato, che sia accessibile ai cittadini, preoccupandosi di differenziare gli stili di comunicazione a seconda della tipologia di utenza e di comprenderne i bisogni, insieme al dovere di svolgere una corretta comunicazione interna, che favorisca la collaborazione e il senso di appartenenza all'azienda.

Ancora oggi le figure sanitarie, infermieri e medici, presentano caratteristiche abbastanza rigide, atteggiamenti reattivi e i comportamenti organizzativi espressi nell'agire il proprio ruolo evidenziano una certa difficoltà ad accettare il cambiamento e l'innovazione (Loiudice, 2003). Il personale sanitario, purtroppo, è stato formato ad eseguire procedure lineari e circoscritte, protocolli stabiliti, e a volte male si adatta alle trasformazioni<sup>20</sup> che la P.A. cerca di attuare, ai nuovi modelli di salute a cui si riferiscono le linee guida attuali in ambito sanitario<sup>21</sup>: modelli innovativi e flessibili che vedono la comunicazione e la relazione come strumento fondamentale del sistema salute nel quale il cittadino è al centro. In tal senso Loiudice rileva una criticità nella formazione degli operatori sanitari, e spiega che l'attenzione al miglioramento, e quindi la capacità di introdurre un cambiamento, deriva da una formazione più ampia di quella attualmente fornita dall'Università, che risulta centrata prevalentemente sulla *conoscenza professionale* e trascura la *conoscenza del miglioramento*<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> I cambiamenti principali della nuova impostazione nelle P.A. sono: il passaggio da un orientamento alla procedura ad un orientamento al servizio, il passaggio da lavori legati alla norma e alla mansione a lavori legati a progetti e finalizzati al raggiungimento di obiettivi, il passaggio da una modalità di erogazione base del servizio ad una sua gestione complessiva in percorsi e processi.

<sup>21</sup> *L'innovazione secondo i Direttori Generali del S.S.N.*: creare un inventario di *Best Practice* organizzative che mirino alla trasferibilità dei processi nell'ottica della soluzione a problemi comuni definiti; passare dalla cultura dell'atto alla cultura del progetto, attraverso figure professionali adeguate che non abbiano paura di prendere decisioni (Bartoloni, 2007).

<sup>22</sup> *La prima classicamente prevede lo studio dell'anatomia [...]. La conoscenza per il miglioramento, invece, è composta da quattro componenti: la conoscenza del sistema, come viene fornita l'assistenza sanitaria, quale è il processo che produce salute; la conoscenza della variazione, che cosa causa la variazione nei risultati del processo;*

Diviene perciò importante portare la formazione dei sanitari, prevalentemente orientata sulle singole discipline, verso un apprendimento attraverso le discipline per sviluppare competenze trasversali che costituiscano un possesso utilizzabile anche in altri campi del sapere e della vita e che, nel lavoro, favoriscano comportamenti organizzativi e *Best Practice*<sup>23</sup>.

Da queste considerazioni nasce l'esigenza di completare la formazione dell'operatore sanitario, addetto alla comunicazione con il pubblico, con corsi adeguati, partendo dalla consapevolezza che questa figura è "agente del cambiamento" e che tra i suoi compiti vi è proprio promuovere la cultura del cambiamento verso il miglioramento. Emerge la necessità di applicare percorsi formativi multidisciplinari innovativi in grado di costruire saperi professionali tenendo conto dell'intreccio di competenze necessario per garantire il lavoro di squadra che è oggi alla base dei processi sanitari nei diversi contesti (Gensini, 2008). In sintesi si propone di affrontare il tema della comunicazione pubblica in sanità coinvolgendo tutti gli operatori sanitari che si occupano di comunicazione e relazione con il pubblico, proprio perché ciascun ruolo riveste una precisa importanza all'interno dei processi di comunicazione per realizzare un servizio di qualità. A tal proposito Tonelli sottolinea che *"le differenze di professionalità, di culture, modelli, appartenenze storiche, tipiche dell'ambito sanitario, tendono a tradursi in modalità differenti di approccio alla qualità, a cristallizzare paradigmi operativi che più facilmente entrano in conflitto tra loro invece di sforzarsi di cooperare: seguire una strada, un modello non vuol dire necessariamente screditare o delegittimare le altre. Qualunque percorso e metodo può essere valido quando tiene in considerazione l'accezione autentica della qualità: efficacia, efficienza, etica ed equità delle prestazioni sanitarie"* (Tonelli, 2006: 5).

Abbiamo visto, quindi, che per ricoprire questo ruolo, svolgere queste funzioni è necessario possedere e sviluppare particolari abilità. Loiudice identifica queste abilità all'interno di tre categorie: *"abilità tecniche, umane, concettuali; ossia capacità di utilizzare strumenti, metodologie e tecniche, capacità di relazione, comunicazione, di comprensione e motivazione del personale, capacità di identificazione e analisi dei problemi, di valutazione dei bisogni e di rispondere, di pensare in modo sistemico"* (Loiudice, 2003: 13).

---

*la conoscenza della psicologia, che cosa determina il comportamento degli operatori e dei pazienti; la teoria della conoscenza, imparare utilizzando l'evidenza di ciò che facciamo o vediamo (metodo scientifico) piuttosto che il pregiudizio* (Loiudice, 2003: 14-15).

<sup>23</sup> Le abilità psico-sociali e affettive, *life skill*, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, pensando al comportamento organizzativo ed alle *Best Practice*, sono l'insieme delle abilità personali e relazionali che servono per governare i rapporti con il resto del mondo e per affrontare positivamente la vita, rapportandosi con fiducia a sé stessi, agli altri e alla comunità; competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana (Marmocchi, Dall'Aglio, Zannini, 2004).

Dunque, se oggi in ambito sanitario affermiamo la centralità della *comunicazione e umanizzazione* in ogni fase dell'incontro tra utente e Azienda Sanitaria, la competenza e la professionalità per gestire i processi comunicativi risultano fondamentali. Il ruolo e i titoli professionali da possedere e la formazione per gli addetti alla comunicazione, viene descritto con precisione nella legge e successivo regolamento di attuazione, è quello di *possedere adeguate competenze ed essere considerato di alta specializzazione*<sup>24</sup>: quindi deve appartenere a qualifiche e livelli non inferiori alla fascia intermedia di inquadramento (Costantini, 2006: 283). La valorizzazione deve concretizzarsi nella costituzione di un profilo professionale per gli addetti che hanno ruoli di responsabilità e di supporto della funzione comunicativa. D'altro canto la motivazione e le competenze non sono sufficienti a creare condizioni di autorevolezza, senza riconoscimenti formali. A titolo di esempio, si sottolinea che, alcune pubbliche amministrazioni, hanno iniziato a concepire *profili professionali dedicati all'Urp*<sup>25</sup> quali:

- *tecnico della comunicazione pubblica – Cat. C1;*
- *esperto in comunicazione pubblica – Cat. D1;*
- *comunicatore pubblico – Cat. D3;*
- *specialista in comunicazione pubblica con la dicitura funzionario esperto di comunicazione d'impresa e informazione pubblica D3.*

Abbiamo visto che il personale addetto all'Urp deve avere specifiche attitudini: facilità nei rapporti interpersonali, equilibrio, capacità di lavorare in autonomia e in gruppo, quindi, se non in possesso di competenze specifiche legate alla comunicazione, deve essere opportunamente formato o possedere la specifica formazione prevista dalla legge che serve anche per avere operatori pubblici che usano lo stesso linguaggio, perseguono gli stessi obiettivi, tengano presente il risultato da conseguire, cioè nuove amministrazioni, nuovi rapporti con i cittadini.

A tal proposito nei mesi di Maggio/Giugno 2008, la Regione Toscana ha svolto un primo percorso informativo/formativo a supporto degli operatori degli

---

<sup>24</sup> L'accesso, le funzioni e le modalità operative, la formazione di questa figura vengono attualmente disciplinate da apposite norme e regolamenti (D.P.R. n. 422/2001, Legge n. 150/2000, Dir. 07/02/2002 Dipartimento della funzione pubblica), il cui ambito di applicazione riguarda soltanto il personale dipendente delle P.A.

<sup>25</sup> Si veda il caso della Provincia di Perugia e quello del Comune di Bologna (Costantini, 2006: 286).

Anche la Regione Toscana utilizza varie denominazioni per la figura a seconda dei settori tra cui ad esempio: *addetto alla gestione delle informazioni all'utente e alla promozione di servizi e immagine di una struttura pubblica o privata* (214)-Settore FSE e Sistema della Formazione e dell'Orientamento, Repertorio Regionale delle Figure Professionali.

Urp sanitari della Toscana. La premessa al corso è stata la considerazione che gli operatori sanitari sono la “regia locale” del cambiamento, la risorsa culturale e professionale, indispensabile per fare emergere il potenziale innovativo contenuto nelle linee guida del P.S.R. 2008-10, insieme alla formazione leva strategica del cambiamento e strumento di motivazione e manutenzione professionale (Zanobini, 2008). In particolare, gli addetti alla comunicazione in ambito sanitario sono stati aggiornati su tematiche relative alla legislazione in materia sanitaria, ai regolamenti di comunicazione, alla struttura organizzativa delle aziende, alle attività e ai servizi sanitari che erogano; sui metodi di rilevazione, valutazione e monitoraggio e sui criteri e le tecniche per costruire materiale informativo. Notevole attenzione è stata riservata all’addestramento all’ascolto e gestione della conflittualità con tecniche di interazione rivolte a singoli gruppi di operatori. A tal fine è importante dare l’opportunità agli operatori di avere momenti di confronto nel gruppo di lavoro anche all’interno di *focus group*, per attuare una *riflessione nel corso dell’azione*<sup>26</sup> e migliorare progressivamente la capacità comunicativa attraverso esercitazioni situazionali e discussione su casi di reclami pervenuti, prefigurando il contesto da cui ha origine il reclamo stesso (Carlesi, 2008). Ciò mette in condizione i discenti di porre in costante relazione il nuovo apprendimento con la propria esperienza lavorativa, generando nuova conoscenza. In tal senso anche *i concetti “learning by doing e learning by using”, [...] esprimono il concetto che l’utilizzo di un bene o servizio può generare apprendimento e quindi produzione di conoscenza*” (Foray, 2007: 20), che, pur non essendo l’obiettivo, diventa il prodotto collaterale; infatti, in molte attività, “usando” la conoscenza, la accresco, questo accrescimento produce un *plus* difficilmente quantificabile o misurabile.

Significa quindi, promuovere iniziative orientate al *lifelong learning*, ovvero all’apprendimento durante tutto l’arco della vita, dove “*la formazione si lega alla risorsa, una formazione che non può più essere concepita come ricettacolo o erogazione delle conoscenze e competenze sedimentate ed acquisite una volta per tutte, bensì una risorsa progettuale in continuo e costante divenire in grado non solo di adeguarsi alle molteplici richieste del mondo del lavoro ma anche di prevenire i mutamenti*” (Capperucci, 2007: 171).

---

<sup>26</sup> Questo concetto, espresso da Schon (1993), giunge ad aprire nuove linee di ricerca sui temi dell’apprendimento adulto quale “apprendimento riflessivo”, che trova la sua ragion d’essere nella definizione di una teoria della formazione finalizzata a favorire la riflessione nel corso della pratica, tanto didattica quanto professionale. Egli indaga i processi di conoscenza e apprendimento in atto nel corso stesso dell’azione, la pratica professionale, ed arriva alla definizione di un agire di tipo riflessivo che, partendo dall’incertezza e dall’ansietà ad esso connessa, può generare nuova conoscenza

Avere una formazione trasversale aiuta a migliorare la disponibilità all'ascolto e favorisce la capacità di immedesimazione rispetto ai bisogni delle persone, serve a trasmettere una cultura del cambiamento e della comunicazione e valorizza le risorse umane che operano in questo settore.

Considerate le molteplici funzioni e delicati compiti che la figura dell'addetto alle relazioni con il pubblico svolge, sarebbe auspicabile che il gruppo di operatori Urp, non fosse monoprofessionale come nel passato, ma composto da diverse professionalità (educatori professionali, infermieri professionali, amministrativi esperti) così da comprendere e di conseguenza rispondere alle molteplici e differenti esigenze richieste sia dall'utenza che dalle organizzazioni sanitarie. *“La complessità delle organizzazioni richiede, infatti, di potersi servire di saperi e competenze costantemente aggiornate e rivisitate che difficilmente possono essere patrimonio di un unico professionista, ma che sempre più di frequente sono la risultante del lavoro partecipativo svolto da un gruppo di professionisti”* (Capperucci, 2007: 200). In questo contesto riteniamo sarebbe ottimale affidare questo lavoro ad un *team* multiprofessionale dove diventa ottimale fondere assieme competenze di diversa natura (educative, medico-scientifiche, sanitarie, amministrative, informatiche) tali da originare nuove forme di conoscenza, di intervento, di pratica professionale e consentire di non disperdere le abilità e le risorse e, al tempo stesso, conseguire i più alti *standard* qualitativi per l'azienda sanitaria.

Nella società contemporanea, centrata sulla conoscenza e la comunicazione, il patrimonio intellettuale e sociale diviene prezioso per il sistema pubblico e gli operatori che si occupano di comunicazione e relazione acquisiscono un ruolo funzionale e strategico anche per l'organizzazione.

Le competenze sono legate causalmente alla *performance*, o risultato, e possono trasferire la loro valenza in diversi campi, generando una spirale di altre conoscenze e competenze: *competenze di apprendimento*<sup>27</sup>, in altri termini quello che siamo in grado di apprendere conta molto più di ciò che sappiamo, soprattutto all'interno delle organizzazioni questo genera un bene “intangibile” di grande rilievo per l'azienda. Far emergere questo enorme capitale intangibile arricchisce l'ente ed è un requisito importante per valorizzare le risorse umane, rendendole parte integrante del “sistema” ed averne fiducia. Se non si genera fiducia nelle risorse umane qualunque strumento comunicativo sarà vanificato, dato che è la fiducia nel “sistema” cui apparteniamo che influenza direttamente la

---

<sup>27</sup> La *competenza di apprendimento* definita anche *apprendere di apprendere* dalle varie situazioni lavorative e della vita è fondamentale; il sapere comunicare competenze è strategico per potere interagire multifattorialmente e su più livelli; insieme al favorire lo sviluppo di competenze connesse all'intelligenza sociale di cui parla Civelli, ovvero alla capacità di confrontarsi adeguatamente con i diversi sfondi sociali (Civelli, Piccini, 2002).

capacità e la voglia al cambiamento (Fini, 2008: 51). La sfida del coordinamento (e della qualità) si vince, prima di tutto, agendo sulle persone e sul loro coinvolgimento intorno a un obiettivo comune e condiviso (Amorini, 2008).

In particolare la formazione della visione comune, la *vision*,<sup>28</sup> che rappresenta l'immagine del futuro dell'azienda che si vuole creare, genera la tensione creativa necessaria all'apprendimento tipico delle *Learning organizations*, cioè di quelle organizzazioni che sono o diventano capaci di apprendere e di realizzare miglioramenti continui (Costantini, 2003)<sup>29</sup>.

A questo proposito, le diverse forme che un'organizzazione sanitaria mette in campo per ascoltare i cittadini, come sportelli di ascolto, le indagini sulla qualità percepita, sono fondamentali se costituiscono momento di apprendimento per la stessa organizzazione, se rappresentano percorsi per “imparare a pensare nell'organizzazione” (Nicoli, Cinotti, 2008: 41). Dunque, agire con competenza all'interno delle organizzazioni non è funzionale soltanto a svolgere bene il proprio compito, ma offre molte altre opportunità e stimola l'ampliamento delle competenze stesse. In tal senso, pensando alla *comunicazione interculturale*, le competenze di questi operatori dovranno adeguarsi ai nuovi bisogni che porta l'utenza straniera. Lo straniero è un'utente particolare ed è importante che nelle occasioni di accoglienza sia orientato attraverso momenti di consulenza sul funzionamento dei servizi. Alla luce di ciò il lavoro del comunicatore deve per forza di cose allargare la sua base di partenza e va rivisto tenendo presente il carattere multiculturale di una società che già si sta configurando come società transculturale.

#### 4.1. Il comunicatore che educa: la comunicazione educativa

Nel processo di aiuto l'ascolto attivo è basilare, a differenza del “sentire”, saper ascoltare significa fare attenzione, selezionare i dati importanti e riconoscere i messaggi di tipo emotivo dell'interlocutore. *E' necessario capire l'importanza strategica della comunicazione partendo dal proprio comportamento personale di ascolto* (Loiudice, 2003: 116). Dunque per entrare in relazione con qualcuno con competenza, capacità e professionalità è necessario individuare le strategie idonee, si devono cogliere i bisogni e le aspettative degli utenti a cui ci rivolgiamo, personalizzare

<sup>28</sup> Vision: *visione senza azione è solo sogno, azione senza visione è solo agitarsi, visione e azione possono cambiare il mondo.* Joe Bark (a cura di) Rolando, 2008.

<sup>29</sup> Si ricorda l'affermazione del filosofo Ivan Illich, promotore di metodi didattici che diano a ognuno la possibilità di trasformare ogni momento della propria vita in un momento di apprendimento, di partecipazione e di interessamento: *“le persone apprendono malgrado quanto viene loro trasmesso nelle scuole e la maggior parte di quanto ognuno di noi apprende avviene al di fuori del momento scolastico”* (Illich, 1971: 1).

la comunicazione, adattandola alla persona che si ha di fronte e alla circostanza; cogliere il non detto, il significato dei gesti e stare attenti ai contenuti, trovare la risposta adatta e tacere al momento opportuno.

Come suggerisce Tosco: “*le prime tre fasi del processo di aiuto sono “prestare attenzione”, “rispondere”, personalizzare al fine di “favorire la sicurezza e il clima di fiducia” tipici dell’ascolto* (Tosco, 1993: 108).

Oggi parliamo di *counseling*, che non è terapia né dare consigli, ma un atteggiamento di aiuto e di sostegno all’altro e si fonda sul rapporto molto stretto tra accettazione e comprensione empatica. La comprensione consente al soggetto di sperimentare l’accettazione e questa, a sua volta, è condizione per una migliore comprensione, e porta l’interlocutore a correggere il tiro senza la paura di essere giudicato dall’esterno. “*L’incontro con l’altro ha bisogno di comprensione, come modalità comunicativa la comprensione è concepita unicamente nell’interesse della persona (cura, premura, accoglienza, ascolto) [...]. Essa pone al centro l’immedesimazione (empatia) con i vissuti della persona, il contesto familiare e sociale. Soprattutto tiene in considerazione la complessità della dimensione umana nella sua interezza (esperienziale, culturale, sociale, spirituale, religiosa, etica, educativa)*” (De Angeli, 2008: 67). Per sviluppare la capacità empatica è utile immaginare se stessi nella condizione dell’altro, ricordare le situazioni analoghe vissute, per trasmettere comprensione emotiva. A questo proposito ci sembra interessante rilevare come ad ogni individuo corrisponda una pluralità, un insieme di ruoli, di rapporti sociali, questa pluralità interessa sia il cittadino sia l’operatore pubblico (Maciotti, 1993); quest’ultimo si interfaccia con l’utente, ma anche con i propri colleghi, con i responsabili delle strutture, con i referenti extra aziendali e, al tempo stesso, può essere lui stesso utilizzatore dei servizi, o averne fatto esperienza, diretta o indiretta.

Questa molteplicità di ruoli non genera conflitto nell’operatore, ma anzi, può essere una risorsa che genera la competenza utile ad una migliore comprensione dei bisogni espressi dall’utenza. Nell’addetto alla comunicazione con il pubblico la comunicazione interpersonale ha una valenza educativa soprattutto nell’ambito sanitario.

Possiamo dire che la comunicazione ha funzione educativa quando le viene applicato quel valore aggiunto che crea senso, attraverso una visione globale ed a lungo termine dell’intervento che abbiamo posto in essere, e mette in grado di valutare i reali bisogni, espressi o non espressi, partendo dalle effettive conoscenze possedute dall’utente per superare il disagio e fronteggiare la situazione. Il fine educativo è teso a “tirare fuori” (ex-ducere) le capacità/risorse dall’utente e ad acquisire competenze nuove, favorendo in tal modo l’autonomia necessaria per orientarsi all’interno dei servizi. La relazione educa-

tiva non è casuale, ma procede per obiettivi, a breve e lungo termine, che riguardano le circostanze contingenti senza però ridurre a queste l'intervento, con la flessibilità di adeguarsi a *target* diversi di utenza.

Ad esempio nel processo di comunicazione che viene ad instaurarsi tra utente immigrato e operatore, sarà compito di quest'ultimo riuscire ad individuare i canali di comunicazione più opportuni per la migliore riuscita della relazione, considerando che ognuno riesce ad esprimere al meglio i propri bisogni all'interno della lingua e della cultura da cui proviene. L'operatore-educatore deve facilitare l'utente immigrato in questo difficile compito agendo *maieuticamente* verso l'altro in un clima di accoglienza culturale utile a consentire l'instaurarsi di una relazione autentica.

Dare una dimensione educativa alla relazione significa non solo favorire l'ascolto, ma anche il coinvolgimento e la partecipazione<sup>30</sup> dei cittadini, l'*empowerment*, con cui si intende un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, e del proprio potere, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita (Wallerstein, 2006).

Per favorire l'*empowerment* l'operatore deve porre l'accento sulle competenze e sulle conoscenze possedute dall'utente, che possono essere utilizzate per la soluzione dei problemi, sulle relazioni da attivare per l'aiuto, facendogli sperimentare direttamente il controllo sulla propria vita dirigendola con competenza (Sanicola, 1994). E' fondamentale avere uno o più maestri da imitare, assumerne le cose migliori, ma poi riuscire a tirar fuori il maestro dentro di sé (Nardone, 2006).

Favorire l'*empowerment*, nella relazione con l'utente, porta un duplice risultato, l'uno consequenziale all'altro: la consapevolezza del proprio ruolo e dei propri diritti porta ad avere una cittadinanza "attiva" e partecipe della vita pubblica e al tempo stesso saranno raggiunti gli obiettivi circa la salute previsti dai Piani Sanitari Regionali.

In ambito sanitario questo risultato tra l'altro ha anche un'altra valenza, ossia promuovere l'educazione sanitaria, favorire la prevenzione, l'appropriatezza, ovvero, acquisire conoscenza e consapevolezza circa il proprio stato di salute.

A tal fine l'operatore utilizzerà proprio la relazione per favorire o produrre un cambiamento, in questo senso possiamo parlare di agire pedagogico. Duccio

---

<sup>30</sup> Dello stesso avviso è l'*ergoterapia* che promuove la salute e il benessere attraverso l'occupazione, intesa come attività ed ha lo scopo di mettere le persone nella condizione di partecipare alle attività della vita quotidiana, accrescendo la loro capacità di partecipare: definizione ufficiale della Federazione mondiale degli ergoterapisti –WFOT (The World Federation of Occupational Therapists) (libera traduzione).

Demetrio precisa che la relazione di aiuto non è una riabilitazione (ricostruzione di capacità perdute), ma “evoluzione”, nel senso di “educare ad apprendere/crescere”, cioè ad essere in grado di affrontare le situazioni-problema attraverso un processo continuo e circolare di esplorazione, comprensione, azione, verifica (Demetrio, 1992) e richiama l’apporto della concezione sistemico-relazionale. L’assunto di base su cui tale approccio si fonda è che, più che problemi, esistono situazioni, eventi con cui l’individuo (o il sistema) si trova a confrontarsi: “una situazione/evento diviene (o produce) un problema solo se e quando il sistema si percepisce incapace di accettarne l’esistenza e/o affrontarla efficacemente, incapace di trasformarla creativamente in un’occasione di esperienza, di maturazione, di apprendimento” (Renzini, Cheli, 1995: 89).

Gli operatori nel proprio lavoro devono quindi trasformare creativamente le situazioni, anche attuando tecniche di *problem solving*, di fronteggiamento e decisione. Appare evidente come il concetto qui espresso risulti tanto più rilevante quanto più le relazioni assumono carattere istituzionalizzato e riguardano gli operatori pubblici: non utilizzare l’approccio sistemico, può favorire, interventi comunicativi e relazionali tesi alla conservazione del sistema, anziché alla sua evoluzione e trasformazione (Tonelli, 2006).

Se l’educazione può aiutare le Aziende Sanitarie a trasformare e migliorare i servizi e il loro utilizzo, riteniamo utile inserire, nel gruppo di operatori addetti alla relazione e comunicazione, l’Educatore Professionale dell’ambito sanitario (E.P.)<sup>31</sup>. Questa figura ha un vantaggio rispetto agli infermieri professionali, per sua formazione sa gestire e promuovere collaborazioni con altri e attraverso la promozione delle specificità è in grado di pensare e agire con una visione complessiva e in modo interdisciplinare; in sintesi viene formato ad avere:

- *competenze metodologiche*, che consentono l’ottimale gestione delle situazioni di conflitto, anche attraverso l’utilizzo di strumenti e tecniche precisi (es: approccio sistemico relazionale);

---

<sup>31</sup> Questa figura professionale ha un percorso formativo nel Corso di Laurea in Educazione sanitaria, corso interfacoltà tra le Facoltà di Medicina e Chirurgia e Scienze della Formazione ed afferisce alla Classe SNT/2 delle “Lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione”. Nell’evoluzione di questa professione, formata precedentemente dalle Aziende Sanitarie, gli E.P. hanno lavorato nell’ambito di progetti di prevenzione primaria, di promozione della salute ed al miglioramento della qualità della vita in generale. Si è andati verso un ampliamento del ruolo e delle competenze: coordinare gruppi, promuovere sinergie tra i servizi, sviluppare interazioni tra enti (Sordelli, 2001). Più volte l’E.P. si è trovato nella situazione di dover definire il proprio ruolo e la propria collocazione, infatti nonostante questa figura dagli anni ‘90 sia formata in ambito sanitario non è ancora conosciuta dai sanitari stessi ed è utilizzata solo in ambiti specifici, viceversa spesso si trovano figure sanitarie ad occuparsi di educazione-formazione che non hanno competenze adeguate.

- *competenze comunicazionali e relazionali*, che si esprimono nella capacità di gestire processi di informazione e comunicazione al fine di fare apprendere all'utente interno-esterno o ai gruppi;
- *competenze tecnico-specialistiche*, che riguardano il complesso di saperi specialistici (es: medici-igenistici) che l'operatore deve possedere ed è in grado di trasferire nei processi di lavoro e alle procedure a questi connesse (Alberici, 2002).

L'ambito sanitario si è sempre occupato di coordinare gruppi, sviluppare interazioni con gli enti e i servizi, promuovere interventi di rete, oltre alla relazione e presa in carico dell'utente, passando da un lavoro di tipo relazionale-educativo e di "riabilitazione" con l'utente ad uno promozionale e di sviluppo della comunità, gestionale ed organizzativo, utilizzando la progettazione per dare prospettiva ai propri interventi; strategicamente collocare le singole azioni nell'insieme complesso di altre azioni realizzate (Sordelli, 2001). Spesso l'educatore professionale ha svolto la funzione di mediatore delle relazioni, o, entrando nel merito dei problemi oggetto del contendere tra le parti, di gestore di conflitti che cerca sempre un terreno d'incontro condivisibile e accettabile: colui che costruisce ponti tra bisogno e soluzione. L'approccio da cui muove si basa su un semplice assunto: il comportamento di un singolo individuo è condizionato dalle azioni di tutti gli altri soggetti, e per indovinarne le mosse bisogna conoscere le probabilità dei movimenti degli altri giocatori<sup>32</sup>. Potremo definire la mediazione, in un certo senso, come una tecnica di gestione del cambiamento ed è sostenuta dall'idea di fondo secondo la quale maggiore è la diversificazione di un sistema, maggiore è la sua stabilità e più ricchi gli esiti evolutivi. Soprattutto nell'incontro tra due culture (o sistemi) si deve sempre raggiungere un certo grado di comprensione reciproca partendo da premesse comuni (Bateson, 1989: 263). L'educatore professionale è passato dal prendersi cura "della persona in difficoltà" al prendersi cura dei gruppi, delle situazioni difficili, delle comunità, fino ad arrivare, con la supervisione e la formazione, a prendersi cura di chi si prende cura (Brandani, 2001).

Con l'esperienza ha acquisito *un sapere che produce senso* nell'interazione con gli altri fino a *formare una rete di cura*, cioè una rete orientata a sviluppare la persona

---

<sup>32</sup> J.Von Newman e J. Nash posero le basi per la *Teoria dei Giochi*, un modello matematico che consente di studiare situazioni complesse, analizza situazioni di conflitto e ne ricerca soluzioni competitive e cooperative tramite modelli. Studia le situazioni in cui vi sono interazioni tra diversi soggetti, tali per cui le decisioni di uno di questi possono influire sui risultati conseguibili da parte di un rivale, secondo un meccanismo di retroazione. Le applicazioni e le interazioni della teoria sono molteplici di solito è applicata in ambito politico e sociale (Tonini e Moretti, 2008).

come parte del tutto, cioè della rete stessa (Vezzani, 2006: 252). Con questa impostazione ha dato un'altra valenza al concetto di "cura" dove il compito, più che "di prendersi cura", deve essere quello di aiutare e *supportare le persone a trovare i modi per prendersi cura di sé*. Senza offrire "soluzioni pronte", ma stimolando l'altro a trovarne in sé e nella sua rete di appartenenza e, nello stesso tempo, stimolando la rete ad includerlo, considerarlo. L'impegno per chiunque voglia promuovere una comunità locale è quello di aiutare a ritrovare le potenzialità e le risorse comuni per contribuire al proprio cambiamento (Sordelli, 2001). Dato che il lavoro dell'educatore dell'ambito sanitario è centrato sulla consapevolezza di appartenere ad una rete ed alle sue dinamiche, ha da sempre affrontato le situazioni in una logica più complessa e sistemica e, partendo dalle esperienze pregresse nelle relazioni educative, ha trovato metodi nuovi e creativi da adattare ai diversi contesti lavorativi. Per questi motivi questa figura è in grado di promuovere il cambiamento, alla luce della tradizione, più che una nuova professione eclettica o troppo specialistica (Brandani, 2001). Abbiamo visto che sempre più gli obiettivi dei Piani Sanitari Regionali sono orientati alla trasformazione e ad acquisire "agenti del cambiamento" che favoriscano questo processo.

In particolare le situazioni in cui operano le Aziende Sanitarie odierne sono cambiate da quando furono istituiti gli Urp e così le esigenze dei cittadini e delle comunità: l'aumento delle popolazioni migranti, l'afflusso di culture diverse, il ritorno di malattie che erano state debellate, sono solo alcuni degli esempi che vedono la necessità di potenziare e "raddrizzare il tiro" degli interventi di comunicazione sanitaria e per la salute da parte degli enti. Se vogliamo promuovere il cambiamento occorrono operatori che sappiano "comunicare educando", in grado di spiegare e fare apprendere le trasformazioni; capaci di agevolare il cambiamento trasformatore portatore d'innovazione e non solo il cambiamento teso al mantenimento della stabilità; di attuare una comunicazione collaborativa per potere orientare in modo congiunto formazione-comunicazione e cambiamento (Fini, 2008) e di attivare conoscenze, perché conoscere e fare conoscere è uno degli strumenti della democrazia partecipata e un preciso dovere degli enti.

##### 5. *Riflessioni conclusive*

La comunicazione e la relazione risultano acquisire un'importanza centrale per migliorare la qualità aziendale sia verso l'utente che verso l'interno. In particolare, i servizi sanitari sono tra i servizi alla persona quelli in cui entra in

gioco, in misura maggiore di altri, l'importanza del fattore umano nel garantire la qualità del servizio, tale aspetto va oltre la qualità tecnico-professionale specialistica degli operatori sanitari. Il fattore umano e le criticità relazionali a volte riscontrate, sono anche fra i maggiori componenti del costo totale dell'assistenza (tempi impiegati per fare le opportune indagini interne e rispondere ai reclami, la liquidazione di richieste di danni, l'insoddisfazione degli operatori), pertanto appare doveroso, oltre che opportuno, gestire questo aspetto appropriatamente.

Riteniamo che per il buon governo di un'Azienda Sanitaria, intesa come realtà complessa in cui operano e interagiscono quotidianamente persone che lavorano insieme per realizzare prodotti e servizi, sia necessaria la capacità di garantire un buon livello di relazioni interpersonali. All'interno delle quali ogni risorsa umana possa essere valorizzata nel proprio ruolo professionale e ogni operatore comprenda il valore delle proprie funzioni. Per garantire servizi sanitari che possano essere veramente competitivi occorre, quindi, che al sapere professionale sia correlata la qualità dei rapporti umani che la formazione e l'impiego di figure educative adeguate possono certamente favorire. In particolare è utile fare leva sugli aspetti che hanno un impatto positivo sulle persone, come la valorizzazione del capitale umano, delle professionalità e dei singoli ruoli, la condivisione della cultura organizzativa come la cultura della comunicazione, che favoriscano il senso di appartenenza all'organizzazione, ma anche alla propria specifica identità professionale: è auspicabile che professionalità, motivazione, senso di appartenenza, rappresentino precise strategie di gestione del personale da parte dell'organizzazione (Amorini, 2008).

Sapere utilizzare con autorevolezza e competenza la comunicazione diventerà il segno distintivo di un professionista non più costretto a misurarsi con chi ritiene che nella comunicazione tutti possano fare tutto confondendo così "attitudine al comunicare" con la "professionalità del comunicare". Questa purtroppo è la situazione attuale, e considerare l'aspetto educativo della comunicazione pubblica dipenderà dalla capacità di affermare una reale cultura della comunicazione dentro e fuori le istituzioni.

### *Bibliografia*

- Alberici, A., Catarsi, C., Colapietro, V., Loiodice, I. (2007). *Adulti e Università*. Milano: ed. Franco Angeli.
- Alberici, A. (2002). *L'educazione degli adulti*. Roma: Carocci.

- Amorini, L. (2008). *La collaborazione tra Urp e Uffici stampa*. Corso di Formazione Regionale, *La comunicazione interna ed esterna degli URP*. Azienda Usl 11 Empoli: Agenzia per la Formazione.
- Barone, R., Licari, G., Barrano, S., Samperi, M. e Dondoni, M. (2006). *Sviluppo locale partecipato e sostenibile*. Collana di Antropologia. Padova: Cleup.
- Bartoloni, M. (2008). *L'innovazione secondo i Dg: creare livelli essenziali di informatizzazione per il SSN in il Sole 24Ore Speciale Sanità*.
- Bateson, G., Bateson, M.C. (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi.
- Bechelloni, G. (2002). *Svolta comunicativa*. Napoli: Ipermedium.
- Brandani, W. (2001). *Così lontano, così vicino*. Torino: Animazione Sociale n. 8/9.
- Caldesi, R. (2007). *Le relazioni interne ed esterne di un'organizzazione: teoria e pratica*, Corso di Formazione: AOU-Careggi. Firenze.
- Caldesi, R. (2008). *Introduzione alla informazione e comunicazione in sanità*. Corso di Formazione Regionale. *La comunicazione interna ed esterna degli URP*. Agenzia per la Formazione: Azienda Usl 11 Empoli.
- Capperucci, D. (2007). *La valutazione delle competenze in età adulta*. Firenze: ed. ETS.
- Carlesi, E., Landi, P. (2008). *Qualità della comunicazione-relazione interna ed esterna. Gestione dei conflitti*. Corso di Formazione. AOU-Careggi: Firenze.
- Cheli, E., Renzini, R., (1995). *Giovani a rischio e prevenzione eco sistemica*, Ed. Comune di Firenze.
- Civelli, F., Piccinni, V. (2002). *Il comunicatore pubblico*. Milano: Guerini e Associati SpA.
- Costantini, M. P. (2003). *Customer Care in organizzazioni di servizio e di cura. Un percorso di formazione alla comunicazione e alla tutela dei diritti*. Milano: ed Franco Angeli.
- Dato, D. (2007). *Adulti tra emozioni e relazioni all'Università* in (Alberici A., Catarsi C. Colapietro I.) *Adulti e Università*. Milano: Franco Angeli.
- De Angelis, A. (2008). *URP ed Educazione e promozione della salute*. Corso di Formazione Regionale. *La comunicazione interna ed esterna degli URP*. Agenzia per la Formazione Azienda Usl 11 Empoli.
- Demetrio, D. (1992). *Educatori di professione*. Firenze: La Nuova Italia Editrice.
- Dipartimento di Sanità SUPSI. *Profilo di competenze dell'ergoterapista SUP*: versione 20/09/2005.
- Faccioli, F. (2001). *Comunicazione pubblica e cultura del servizio*. Roma: ed. Carocci.
- Faray, D. (2006). *L'economia della conoscenza*. Bologna. Ed Universale paperbacks: Il Mulino.
- Fini, S. (2008). *Il contesto aziendale*. Corso di Formazione Regionale. *La comunicazione interna ed esterna degli URP*. Agenzia per la Formazione Azienda Usl 11 Empoli.
- Gensini, G. (2008). *Formas garante di continuità e innovazione in il Sole 24Ore Sanità Toscana*.
- Illich, I. (1971). *Descolarizzare la società*. Cuernavaca, Messico. Centro per la documentazione interculturale (CIDOC).
- Jakobson, R. (1963). *Saggi di linguistica generale*. Milano: Feltrinelli, 2005.
- Legge 150/2000, *Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni*, Gazzetta Ufficiale n. 136 del 13/06/2000.
- Licari, P.F. (2009). *Wayfinding, Comunicazione e orientamento nei servizi socio-sanitari*. Padova: Cleup.
- Loiudice, M. (2003). *La gestione del cambiamento in sanità*. Torino: Centro Scientifico Editore.

- Maciotti, L. (1993). *Il concetto di ruolo nel quadro della teoria sociologica generale*. Bari: Ed. Laterza
- Manetti, G. (2008). *Il modello comunicativo e le sue trasformazioni*. Corso di Formazione Regionale. *La comunicazione interna ed esterna degli URP*. Agenzia per la Formazione Azienda Usl 11 Empoli.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C. e Zannini, M. (2004). *Educare le life skill. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'O.M.S.* Trento: Erickson.
- Nardone, G., Mariotti, R., Milanese, R., Fiorenza, A. (2006). *La terapia dell'azienda malata*. Firenze: ed. Ponte alle Grazie.
- Nicoli, M.A., Cinotti, R. (2008). *Lo studio della qualità percepita come momento di ascolto*: Studi Zancan; anno IX.
- Ortoleva, P. (a cura di) (2001). *Professione comunicare*. Firenze: Consiglio regionale della Toscana.
- Osservatorio Regionale Carta dei Servizi Pubblici Sanitari. (2008). Firenze: Regione Toscana.
- Presidenza del consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica (2002.) *Direttiva sulla semplificazione del linguaggio delle P.A.*
- Progetto NAME (2006). *La medicina basata sulla Narrazione*. Laboratorio Innovazione per la salute. ASL di Firenze.
- Rolando, S. (1998). *Un paese spiegabile*. Milano: Etas libri.
- Rolando, S. (2008) Corso di Formazione Regionale, *La comunicazione interna ed esterna degli URP*, Agenzia per la Formazione Azienda Usl 11, Empoli.
- Rolando, S. (a cura di) (2001). *Teoria e tecniche della comunicazione pubblica*. Milano: RCS libri SpA.
- Sanicola, L. (1994) *L'intervento di rete*. Bologna: il Mulino.
- Shannon, R. Weaver, W. (1949). *Matematical Theory of Communication*. Urbana: Univ. Illinois Press.
- Solito, L. (2004) *Cittadini e istituzioni: come comunicare*. Roma: Carocci editore.
- Sordelli, G. (2001). *L'educatore: nuovi modi di prendersi cura?*, Animazione Sociale n.8/9.
- Tonelli, S. (2006). *La qualità nelle organizzazioni sanitarie*. Appunti per consulenze.
- Tonini, G.P., Moretti, S. (2008). *Ci salverà la teoria dei giochi* in il Sole 24Ore Sanità.
- Tosco, L. (1993) *Professione educatore*. Milano: Franco Angeli.
- Vezzani, B., (2006). *Territorio e sviluppo della persona: reti sociali e cura*, in, Barone R., et.al., *Sviluppo locale partecipato e sostenibile*. Cleup, 2006.
- Watzlawick, P., Beavin, J-H., Jackson, D-D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma: Astrolabio.
- Wilkinson, R. e Marmot, M., (1999). *Social determinants of health*, RG, eds Oxford, Oxford University Press, (2003) . Traduzione it. a cura di G. Martini e M. Querin. (2006). *I Determinanti della salute: i fatti concreti*, ed. Provincia autonoma di Trento Assessorato alle politiche per la salute, Trento.
- Workshop finale. (2008) *La comunicazione interna ed esterna degli URP*. Corso di Formazione Regionale. Agenzia per la Formazione, Azienda Usl 11 Empoli.
- Zanobini, A. (2008). *Formazione ecco l'anagrafe*, in il Sole 24Ore Sanità Toscana.

*Sitografia*

*Apprendimento:*

[http://host.uniroma3.it/docenti/alberici/didattica/Materiale\\_didattico/Apprendimento\\_istituzioni.htm](http://host.uniroma3.it/docenti/alberici/didattica/Materiale_didattico/Apprendimento_istituzioni.htm)

*Associazione italiana Comunicazione pubblica e Istituzionale:*

[http://www.compubblica.it/Dipartimento\\_funzione\\_Pubblica-Presidenza\\_del\\_Consiglio\\_dei\\_Ministri](http://www.compubblica.it/Dipartimento_funzione_Pubblica-Presidenza_del_Consiglio_dei_Ministri): <http://www.cantieripa.it>

*Centro di Facoltà di Medical Humanities:*

<http://www.med.unifi.it/segreteria/notiziario/medicalhumanities.html>

*Centro di terapia strategico-Arezzo:*

[http://www.problemsolvingstrategico.it/giorgio\\_nardone.asp](http://www.problemsolvingstrategico.it/giorgio_nardone.asp)

*Centro studi Diritto sanitario:* <http://www.dirittosanitario.net>

*Comunicatori pubblici:* <http://www.comunicatoripubblici.it>

*Comunicazione pubblica:* <http://www.marketingsociale.it.pdf>

*Customer Care:* <http://www.emmedelta.it>

Wallerstein N.(2006): *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen. (2007) Who Regional Office for Europe, Health Evidence Network report

*World Health Organization Regional office for Europe:* <http://www.euro.who.int/>

*Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali:* <http://www.ministerosalute.it>

*Osservatorio della Comunicazione Sanitaria:* <http://www.ocs.unipi.it>

*Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori:*

<http://old.isfol.it/isfol/dnload/file/scheggedellaconoscenza/testo.doc>.

*Urp degli urp, comunicazione pubblica in rete:* <http://www.urp.it/>