

*Piano Sanitario Regionale 1999-2001*

*Rapporto tecnico per la definizione  
di obiettivi e strategie per la salute*

# La comunicazione con i cittadini per la salute

ISSN 1591-223X

DOSSIER

54

Regione Emilia-Romagna  
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna



*Piano Sanitario Regionale 1999-2001*

*Rapporto tecnico per la definizione  
di obiettivi e strategie per la salute*

# **La comunicazione con i cittadini per la salute**

ISSN 1591-223X

**DOSSIER**

**54**

**Regione Emilia-Romagna**

**CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna**

Il Rapporto è stato curato da un Gruppo di lavoro, costituito con Determinazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia-Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, e composto da:

Marco Biocca	<i>Centro di documentazione per la salute - coordinatore</i>
Stefania Aristei	<i>Azienda USL Bologna Sud</i>
Andrea Bolognesi	<i>Azienda USL di Forlì</i>
Danilo Di Diodoro	<i>Azienda USL Città di Bologna</i>
Marta Fin	<i>Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna</i>
Elisabetta Fréjaville	<i>Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna</i>
Luciano Gabriele	<i>Regione Emilia-Romagna</i>
Giovanni Garasto	<i>ARPA Emilia-Romagna</i>
Carla Lanfranchi	<i>Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna</i>
Alessandro Liberati	<i>CeVEAS</i>
Letizia Maini	<i>Azienda ospedaliera di Bologna</i>
Alessandra Morselli	<i>Azienda ospedaliera di Parma</i>
Luciana Orlandi	<i>Azienda USL di Modena</i>
Mauro Palazzi	<i>Azienda USL di Cesena</i>
Paola Vandelli	<i>Azienda ospedaliera di Modena</i>
Anna Maria Vanti	<i>Centro di documentazione per la salute (ora all'Azienda USL di Imola)</i>

Impaginazione a cura di: *Federica Sarti*

*Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

Stampa: *Azienda USL di Ravenna, febbraio 2001*

Copia del volume può essere richiesta a

*Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

*via Gramsci 12 – 40121 Bologna*

*tel. 051/6079933 – fax 051/251915*

*e-mail: [cds@asr.regione.emilia-romagna.it](mailto:cds@asr.regione.emilia-romagna.it)*

oppure può essere scaricata dal sito Internet

*<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/> - box "Dossier"*

## INDICE

	pag
<b>Presentazione</b>	<b>5</b>
<b>Sommario</b>	<b>7</b>
<b>1. Introduzione</b>	<b>11</b>
<b>2. Lo scenario</b>	<b>15</b>
<b>3. Il Sistema comunicazione</b>	<b>21</b>
3.1. Il rapporto diretto con l'utente: l'Ufficio relazioni con il pubblico	25
3.2. Il rapporto con gruppi di cittadini: l'Ufficio educazione alla salute	27
3.3. Il rapporto con i <i>media</i> : l'Ufficio stampa	29
3.4. Alcuni punti critici del Sistema comunicazione	31
<b>4. Le scelte strategiche</b>	<b>35</b>
<b>5. Le azioni raccomandate</b>	<b>43</b>
5.1. Per costruire e sostenere alleanze e reti di collaborazione	43
5.2. Per favorire scelte consapevoli	45
5.3. Per rafforzare e sviluppare il Sistema comunicazione	46
<b>Bibliografia</b>	<b>61</b>



## PRESENTAZIONE

*I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati nella collana Dossier del Centro di documentazione per la salute individuano gli obiettivi prioritari e le strategie di salute della Regione Emilia-Romagna. I Rapporti sono stati elaborati da Gruppi di lavoro intersettoriali composti da professionisti chiamati dalla Regione Emilia-Romagna fra coloro dotati di specifica competenza scientifica ed esperienza professionale.*

*Il Piano sanitario regionale 1999-2001 fa proprio l'esplicito riconoscimento contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 che una politica per la salute, per poter essere efficace, deve andare oltre una semplice politica di assistenza sanitaria e coinvolgere i diversi settori della società con un potenziale impatto sulla salute. Il PSR 1999-2001 persegue infatti una politica di alleanze e di solidarietà, proponendosi come "agenda integrata di impegni per la salute, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari". A questo scopo esso adotta il sistema della "programmazione negoziata" che vede nei Piani per la salute la sede e il momento privilegiato di attuazione a livello locale.*

*La prima fase attuativa del PSR 1999-2001 ha avuto luogo attraverso la costituzione di Gruppi di lavoro deputati a tradurre e verificare sul piano operativo il disegno organizzativo e il sistema di relazioni e delle responsabilità prefigurati nel Piano medesimo, individuando criteri e strumenti comuni, utili alla ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema di servizi. I documenti prodotti da questi gruppi (riguardanti le linee guida per la formulazione dei Piani per la salute, il Dipartimento di sanità pubblica, l'organizzazione distrettuale e dell'assistenza ospedaliera sul territorio regionale) sono stati assunti in forma di Delibera della Giunta regionale e pubblicati sul BUR del 2 maggio 2000.*

*Ha quindi fatto seguito la fase di implementazione della politica per la salute e dei suoi principi di intersettorialità, di sussidiarietà e di contestabilità degli impegni rispettivamente presi, particolarmente in ordine alla selezione di aree di intervento prioritarie a livello locale all'interno delle quali definire obiettivi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, gli strumenti, le metodologie e le modalità di azione. Questa fase ha visto la specificazione più dettagliata degli obiettivi di salute da perseguire e delle strategie più idonee per raggiungerli attraverso un'altra serie di Gruppi di lavoro intersettoriali che hanno affrontato i contenuti tecnici e operativi. I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati in questa collana rappresentano appunto i programmi e le strategie di salute che la Regione Emilia-Romagna propone alle Aziende sanitarie e alle Conferenze sanitarie territoriali, queste ultime nella loro veste di promotori e guida nella elaborazione e attuazione dei Piani per la salute.*

*Data la complessità tecnica di questi Rapporti e i contenuti scientifici spesso non immediatamente accessibili ai non specialisti della materia, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sta elaborando due documenti di sintesi che raggruppano tra loro i diversi Rapporti, allo scopo di renderli strumenti operativi più efficaci nelle mani di coloro che dovranno formulare e attuare i Piani per la salute a livello locale.*

*Giovanni Bissoni*

*Assessore alla sanità, Regione Emilia-Romagna*



## SOMMARIO

Stabilire una *partnership* tra cittadini e servizi sanitari: anche il sistema sanitario sta iniziando a comprenderne la necessità, cogliendo il senso dell'evoluzione in atto nella società civile e i valori che in essa si stanno affermando. Equità, accessibilità, appropriatezza ed efficacia dell'assistenza sanitaria sono le parole chiave che meglio rappresentano questo processo, che si può dire appena avviato. In quest'ottica, sono sempre meno accettabili il paternalismo e la disattenzione che ancora permeano in buona parte il rapporto tra cittadini e malati da un lato e operatori e servizi dall'altro. Un'efficace comunicazione tra le parti interessate consente di giungere a scelte che riguardano la salute e l'assistenza sanitaria più appropriate e rispettose dei diritti individuali e degli interessi della collettività, con un impatto positivo sulla qualità, l'accessibilità e i costi dei servizi sanitari.

È per questi motivi che il Piano sanitario 1999-2001 dell'Emilia-Romagna considera il miglioramento delle relazioni con gli utilizzatori dei servizi sanitari e con i cittadini - quindi il ruolo dell'informazione e della comunicazione per la salute - tra le leve determinanti del processo di modernizzazione del sistema sanitario regionale. Il documento si pone l'obiettivo di cogliere la portata dei cambiamenti in questo settore e di indicare scelte strategiche e azioni concrete che sostengano le spinte innovative del PSR.

Nella prima parte del presente documento sono sommariamente analizzati lo scenario e i processi che vedono trasformarsi i bisogni di salute, gli atteggiamenti e le attese dei cittadini, le condizioni in cui si sviluppano le attività di informazione, educazione alla salute e comunicazione del rischio. Sono considerate anche le prospettive offerte dall'impatto con le tecnologie informatiche e della comunicazione.

Nelle Aziende sanitarie sono attive strutture che si occupano in modo specifico della comunicazione con i cittadini e che compongono il Sistema comunicazione. Anche se organizzate e denominate in modo disomogeneo, esse curano:

- il rapporto individuale diretto con i cittadini, finalizzato a facilitare l'accesso ai servizi (Uffici per le relazioni con il pubblico, sportelli dedicati, punti di *front-office*);
- le azioni di educazione alla salute e di comunicazione del rischio (Servizi per l'educazione alla salute, Rete degli ospedali per la promozione della salute, centri di documentazione dei SerT, ecc.) rivolte a gruppi di soggetti interessati;
- la comunicazione verso la collettività, l'immagine dell'Azienda e dei professionisti e le relazioni con gli organi di informazione (Uffici stampa, Uffici per la comunicazione).

La seconda parte del documento disegna un quadro di sintesi di questo Sistema e dei numerosi punti di contatto con le iniziative di comunicazione per la salute che si sviluppano in altre sedi, pubbliche e private, a cominciare dalla rete delle Città sane. Ad approfondire l'analisi emerge un insieme ricco e vivace d'esperienze che, tuttavia, è ancora in parte carente per organicità, coordinamento, efficacia, continuità, oltre che di collegamenti stabili con le attività assistenziali e coi programmi di promozione della salute.

Cos'è necessario comunicare, perché vogliamo farlo e cosa ci proponiamo di ottenere, rientra nelle scelte specifiche di ogni organizzazione sanitaria e di ogni professionista. Ogni possibile azione, tuttavia, può essere condotta secondo strategie diverse, che connotano gli attori coinvolti e che ne condizionano i risultati. La parte fondamentale del documento è, quindi, dedicata alla proposta di quattro linee strategiche prioritarie, mirate ad orientare tutte le azioni comunicative con i cittadini per la salute, con particolare riferimento alla realizzazione dei Piani per la salute.

#### ***A. Comunicare ciò che serve ed è efficace***

Il SSN è impegnato ad offrire ai cittadini "livelli essenziali di assistenza" necessari (per dare risposta ai bisogni primari di salute), efficaci (perché supportati cioè da evidenze di un loro positivo profilo beneficio-rischio) e appropriati (utili cioè a soddisfare specifiche esigenze di salute e in coerenza con il livello di erogazione più vantaggioso). L'informazione è fondamentale per sostenere questa sfida. Le organizzazioni e i professionisti del SSN devono quindi essere capaci di diventare una guida per i cittadini, in grado di tenere conto delle migliori conoscenze, delle incertezze scientifiche e dei problemi di comprensibilità. Vanno costruite opportunità di dialogo e di educazione per un nuovo approccio alla salute che tiene conto dei limiti della medicina, delle potenzialità della promozione e difesa della salute e di una cultura della essenzialità del consumo sanitario.

#### ***B. Sperimentare opportunità per favorire scelte consapevoli***

Lo scambio di informazioni con i cittadini va finalizzato principalmente a sostenere un processo, basato su evidenze scientifiche, di costruzione di opinioni per la valutazione e la gestione dei problemi di salute. Ciò richiede accesso facile alle informazioni, ma soprattutto capacità di analisi critica, che deriva dalla capacità di produrre informazioni corrette e coordinate. Ne emerge la necessità di costruire condizioni di reciproco rispetto e di effettiva partecipazione tra gli interessati alle scelte che riguardano la salute, quale terreno di investimento e sviluppo del capitale sociale. Ciò sarà possibile - anche attraverso sperimentazioni di modalità strutturate per la

definizione di priorità di intervento - laddove si trovino condizioni di consenso sociale, come nell'attuazione dei Piani per la salute, in ambiti circoscritti dal punto di vista logistico (un distretto, un comune, una scuola, una sezione ospedaliera ecc.) o dal punto di vista del *target* (i pazienti affetti da una determinata patologia, gli adolescenti di un distretto, gli esposti ad un medesimo rischio lavorativo, ecc.).

### ***C. Scegliere come target prioritario i "cittadini competenti"***

Al fine di orientare le scelte che hanno effetto sulla salute e raggiungere con maggiore probabilità di successo tutti i cittadini occorre, in primo luogo, l'impegno convinto di coloro che più hanno influenza nella società. Questi "cittadini competenti" - definiti tali perché hanno un ruolo a cui compete una determinata influenza e perché hanno bisogno di competenze, cioè di conoscenze, per esercitarlo - sono in particolare:

- i membri delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni rappresentative degli interessi degli utenti, dei malati, dei consumatori;
- i componenti degli organi legislativi e di governo a livello locale e regionale, perché dalla loro iniziativa dipende lo sviluppo di una politica pubblica per la salute;
- gli insegnanti e tutti coloro che hanno il compito di educare e aggiornare;
- i giornalisti, che affrontano comunque e autonomamente i temi sanitari, avendo compreso quanto siano interessanti per i cittadini e rilevanti per rappresentare la nostra società;
- gli operatori sanitari, che con la loro azione influenzano i comportamenti e possono aprire canali comunicativi tra la sanità e le altre componenti sociali, politiche, economiche, ambientali.

### ***D. Responsabilizzare operatori e servizi per conquistare la fiducia dei cittadini***

La credibilità del sistema sanitario nella percezione comune appare scarsa, principalmente a causa dell'insufficiente attenzione agli aspetti relazionali. Per non rendere vano qualsiasi obiettivo, progetto o azione di comunicazione, questo problema va affrontato con impegno ad ogni livello: dirigenti, professionisti, operatori che si trovano in prima linea nell'informazione con i cittadini. Le conoscenze, la cultura, i comportamenti e anche l'organizzazione del sistema sanitario sono determinanti nel condizionare le scelte riguardanti la salute, la domanda e l'utilizzo dei servizi sanitari. Vi sono problemi di immagine e di accesso alle prestazioni, ma il cambiamento principale riguarda la capacità di mettere il malato, i suoi familiari, i cittadini in grado di comprendere i problemi di salute e le scelte assistenziali o di gestione dei rischi più opportune.

Il documento si conclude con alcune azioni raccomandate rivolte alle Aziende sanitarie, alla Regione, agli Enti locali, ai cittadini competenti e agli altri soggetti interessati, per tradurre concretamente il contributo che può dare la comunicazione per la salute all'attuazione del Piano sanitario regionale. Nelle tabelle "Chi può fare cosa" si cercano di descrivere, in forma aperta e non definitiva, queste azioni e gli attori che entrano in gioco.

Le azioni proposte convergono su tre direttrici prioritarie di lavoro: sul contesto, per creare sinergie (1); sulle esigenze comunicative dei cittadini (2); sull'organizzazione interna del servizio sanitario (3).

1. "Per costruire e sostenere alleanze e reti di collaborazione":  
si sottolinea l'importanza di consolidare ed estendere le reti per la salute dell'OMS.
2. "Per favorire scelte consapevoli":  
si propone di sperimentare, nel campo dei piani per la salute, dei trapianti, degli *screening*, concrete opportunità per i cittadini di scegliere in modo consapevole.
3. "Per rafforzare e sviluppare il Sistema comunicazione":  
si rileva l'esigenza di costruire nuovi strumenti di comunicazione - il numero verde regionale di accesso agli URP, gli Sportelli per la prevenzione, iniziative editoriali - e nuove forme di collaborazione all'interno delle Aziende sanitarie e tra queste e la Regione, dando impulso a concrete strategie di comunicazione per la salute.

## 1. INTRODUZIONE

Anche il mondo della sanità, pur se con ritardo rispetto alla maturazione della società civile, ha individuato nella necessità di stabilire una *partnership* tra cittadini e servizi sanitari la via maestra per offrire un'assistenza sanitaria di tipo universalistico, fedele ai principi di equità, accessibilità ed efficacia. Il paternalismo o la disattenzione - che ancora permeano in buona parte il rapporto tra cittadini e pazienti da un lato e operatori e servizi sanitari dall'altro - sono tanto meno accettabili quanto più risultano in contrasto con i cambiamenti avvenuti in molti altri settori della vita sociale. Non deve pertanto sorprendere che la sfida per la sopravvivenza e lo sviluppo di un sistema sanitario pubblico di tipo universalistico veda proprio nel miglioramento della comunicazione con i cittadini per la salute, ad ogni livello, una delle sue priorità.

Negli ultimi anni il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano ha compiuto importanti passi avanti nel processo di riordino dei propri obiettivi e delle proprie modalità di funzionamento. Riaffermando la precisa scelta di campo compiuta con la legge di riforma sanitaria del 1978, a favore di un sistema universalistico - che mira a promuovere la salute e non solo a curare la malattia - il Piano sanitario nazionale 1998-2000 (PSN), il Piano sanitario regionale 1999-2001 (PSR) e il recente Decreto legislativo 299/1999 hanno meglio definito gli obiettivi e gli strumenti di un servizio sanitario moderno, più efficiente, ancorato con convinzione ai principi di equità e solidarietà sociale. Da questi provvedimenti emergono due importanti novità.

L'idea di "Patto per la salute" come condizione essenziale per il buon funzionamento del sistema, di fatto riconosce che tutte le componenti coinvolte dovranno integrarsi tra loro in un rapporto dinamico e attivo; non solo, quindi, gli operatori e gli amministratori sanitari, ma anche i cittadini-utenti e le associazioni di volontariato. Riconoscere la necessità di un patto e di una *partnership* significa però anche accettare che solo le persone interessate conoscono il proprio modo di vivere la malattia, le proprie attitudini verso la salute e la malattia, i propri atteggiamenti verso i rischi per la salute e le proprie preferenze.

Per rendere praticabili gli obiettivi di salute definiti dal PSN 1998-2000,<sup>1</sup> per la prima volta nella storia del nostro sistema sanitario sono individuati gli strumenti e le leve di cambiamento nei binomi-chiave: promozione-tutela; efficacia-appropriatezza e qualità-sicurezza.

Nel dare centralità ai concetti di promozione e tutela si riporta il SSN alle sue finalità originarie e si supera l'ambiguità dell'efficientismo che ha caratterizzato, in molti casi, la lettura del processo di aziendalizzazione.

La scelta di ancorare le prestazioni erogate dal SSN ai presupposti di efficacia ed appropriatezza, ha permesso di alleggerire il condizionamento economico finanziario che gravava sugli obiettivi di salute, pur nel riconoscimento delle necessità di bilancio in un paese con un debito pubblico assai elevato. Si inserisce in questa scelta politica e culturale la definizione dei livelli essenziali di assistenza:

- necessari (a rispondere ai bisogni primari di salute),
- efficaci (supportati da evidenze di un loro positivo profilo beneficio-rischio),
- appropriati (utili a soddisfare specifiche esigenze di salute e coerenti con il livello di erogazione più vantaggioso).

Per sostenere questa sfida il SSN dovrà attrezzarsi tecnicamente, migliorando la propria capacità di accedere alle informazioni scientifiche più accreditate. È necessario, contestualmente, sviluppare il consenso e la condivisione degli obiettivi con i cittadini-utenti, investendo sulla trasparenza e tenendo conto della pluralità dei punti di vista.

Si stanno, quindi, gettando le basi per una politica della salute caratterizzata da:

- la promozione e gli obiettivi della salute, quale problema di interesse della società e non solo del sistema sanitario;
- la riduzione delle disuguaglianze e delle esclusioni sociali nell'assistenza;
- la consapevolezza degli individui e delle collettività nell'affrontare problemi di salute;

---

<sup>1</sup> Il PSN 1998-2000 indica obiettivi di salute scelti sulla base dell'analisi del quadro epidemiologico e sociale del paese e individua cinque grandi aree prioritarie:

- promuovere comportamenti e stili di vita per la salute;
- contrastare le principali patologie;
- migliorare il contesto ambientale;
- rafforzare la tutela dei soggetti deboli;
- portare la sanità italiana in Europa.

- le iniziative intersettoriali, attraverso i Piani per la salute, che consentono di partecipare e tradurre concretamente in azioni l'impegno dei diversi soggetti interessati alla promozione e tutela della salute sul piano sociale, economico e ambientale;
- l'orientamento dei servizi sanitari e sociali verso innovative forme di organizzazione e di collaborazione per rispondere alle esigenze di assistenza;
- l'uso di tecnologie e modalità di assistenza sanitaria e prevenzione valutate sulla base degli effettivi miglioramenti dei livelli di salute prodotti, oltre che sulla loro efficienza economica.

In tale contesto, assumono una rilevanza centrale le relazioni con gli utilizzatori dei servizi sanitari e con i cittadini; l'informazione e la comunicazione per la salute sono considerati leve determinanti del processo di modernizzazione del sistema sanitario regionale. Grazie alla comunicazione, le scelte su questioni che riguardano la salute e l'offerta di servizi sanitari trovano la soluzione più efficace oltre che quella più rispettosa dei diritti individuali e degli interessi delle collettività, e possono avere un impatto enorme per migliorare la qualità, l'accessibilità e i costi dei servizi sanitari.

Il documento si pone l'obiettivo generale di cogliere la portata dei cambiamenti proposti e di indicare iniziative concrete che sostengano le spinte innovative del PSR relativamente alle relazioni con gli utilizzatori dei servizi e con i cittadini, attraverso:

- l'identificazione degli elementi principali che caratterizzano lo scenario;
- la descrizione del Sistema comunicazione;
- la proposta di scelte strategiche prioritarie;
- la raccomandazione di azioni e programmi a livello locale e regionale.

Non saranno approfondite, in questa sede, l'informazione e la comunicazione interna alle organizzazioni sanitarie, sia tra i professionisti sia a livello amministrativo-gestionale, che per le loro caratteristiche richiederebbero una trattazione specifica.





## 2. LO SCENARIO

Negli ultimi anni si sta assistendo alla trasformazione dei bisogni di salute e all'affermazione di un approccio più dinamico alle problematiche dello star bene. A queste si accompagnano una maggiore diffusione e utilizzo di informazioni sulla salute che testimonia un ruolo attivo nella costruzione di un bagaglio di conoscenze e nella gestione del patrimonio salute. Ne conseguono:

- una maggiore attenzione alla soggettività,
- la richiesta di personalizzazione delle cure e l'assunzione di responsabilità in proprio,
- la crescita di saperi profani paralleli al sapere ufficiale della scienza medica,
- la volontà di rapportarsi alla figura medica come soggetti pronti a contrattare, e
- una critica ai modelli troppo dirigistici (De Rita, 1998).

Risulta, tra l'altro, che la maggior parte dei problemi correlati con la salute sia risolta dalle persone senza consultare esperti o servizi sanitari.

Si comincia a privilegiare la prevenzione come autopromozione della salute; a riconoscere e difendere, anche nelle strutture ospedaliere, la voce e la dignità umana delle persone in cura e dei loro familiari e i principi dell'equità nell'accesso. Si sta dando più peso e norme all'etica, al riconoscere, anche nelle cure sanitarie, il pluralismo religioso, etnico e culturale, il contributo della vita comunitaria, il principio di sussidiarietà, il ruolo dell'informazione e della comunicazione per un migliore consenso informato (Ardigò, 1999).

La domanda di conoscenze sulla salute, da parte di cittadini e malati, è però in contrasto con la spinta alla frammentazione del sapere medico, legata anche al crescere del dettaglio delle specializzazioni (per tipologie di malati, per organi o apparati, per malattie, per strumenti e oggi anche per singole procedure d'indagine o d'intervento). Attorno ad ogni nucleo di conoscenze e competenze tende, peraltro, a coagularsi un sistema di interessi anche economici, che competono apertamente sul terreno sociale, di politica della ricerca e dell'assistenza. Il malato viene così "fatto a pezzi" e perde la sua entità di fronte all'atto medico.

L'interesse crescente per tutto ciò che riguarda la salute porta a due opposte conseguenze:

- da una parte una grande aspettativa nella capacità della scienza di risolvere i problemi dell'umanità,
- dall'altra una quotidiana sperimentata frustrazione delle aspettative, quando si entra in contatto reale con i limiti della scienza e ancor più con le insufficienze dell'assistenza sanitaria.

Il movimento della *Evidence Based Medicine* (EBM), nato dall'interno della parte più illuminata del mondo scientifico come reazione al prevalere della falsa dicotomia "arte-scienza", nonché come tentativo di sostituire l'autorevolezza all'autoritarismo nell'azione dei professionisti sanitari, ha, non a caso, rapidamente individuato nell'*empowerment* del cittadino e del paziente una condizione essenziale per passare ad una pratica clinica più partecipata, oltre che di maggiore qualità. E tuttavia il maggiore risultato che la EBM sta ottenendo non è tanto quello di fornire assolute certezze circa l'efficacia e il costo-efficacia degli interventi, quanto piuttosto quello di rivelare sempre più come l'asimmetria - che vige già al momento della pianificazione e della produzione delle conoscenze (la ricerca) - possa essere progressivamente ridotta solo puntando a un maggiore coinvolgimento degli utenti nella definizione delle priorità e dei bisogni conoscitivi (Liberati, 1997).

D'altra parte il progressivo distacco della medicina tecnologica dai bisogni di salute, come sono percepiti dai cittadini e dai malati si sta traducendo in una crescente sfiducia (Satolli, 1997; Meucci, 1998). Paradossalmente, migliorando in termini obiettivi lo stato di salute della popolazione peggiora la percezione soggettiva di benessere. Da ciò deriva sia la crescente propensione verso pratiche mediche alternative, sia la maggiore propensione critica verso l'operato di medici e istituzioni sanitarie: si pensi alla vicenda Di Bella, alle campagne ricorrenti sulla malasania e al dilagare delle liti giudiziarie per cattiva pratica clinica.

Vi sono, inoltre, crescenti evidenze sul ruolo che i *mass media* possono svolgere nell'influenzare la domanda (Domenighetti *et al.*, 1993; Grilli *et al.*, 1999). Negli Stati Uniti si sta espandendo in modo notevole la pubblicità diretta a farmaci e servizi sanitari, e questo problema si porrà in un futuro prossimo anche in Europa (Hoffman e Wilkes, 1999).

All'informazione, all'educazione e alla comunicazione per la salute sono comunemente attribuiti valori positivi impliciti. Solo da qualche anno si è iniziato, anche se in modo ancora insufficiente, a sottoporre l'uso di queste tecnologie ad una valutazione

scientificamente dell'efficacia e dell'appropriatezza nel raggiungere gli obiettivi specifici prefissati.

L'informazione disponibile per la comunicazione con i cittadini, in particolare, è scarsa e presenta diversi punti critici (Coulter *et al.*, 1999; Domenighetti, 1999) perché spesso:

- non tiene conto della percezione del problema negli utilizzatori;
- non è predisposta con la partecipazione dei soggetti interessati;
- non si fonda su documentazione scientificamente attendibile;
- non fornisce informazioni sul contesto, sulla rilevanza epidemiologica, sulle cause e sulle conseguenze;
- non offre indicazioni sull'efficacia, l'adeguatezza, i rischi e i benefici delle soluzioni, nonché su possibili alternative;
- non tiene in considerazione le incertezze scientifiche sull'argomento e le diverse opinioni;
- non stimola una lettura critica;
- non tiene conto delle modalità in cui sono presentate le informazioni;
- non è facilmente comprensibile e spesso non riporta neppure la data di pubblicazione.

I programmi di educazione alla salute si basano, in genere, sull'obiettivo di modificare i comportamenti, ed è raro che pongano l'attenzione anche all'esigenza di diminuire le disuguaglianze. Si tende, infatti, a privilegiare la stigmatizzazione di comportamenti individuali, rispetto alla lotta contro i fattori ambientali correlati, senza tenere conto dei determinanti personali che motivano le abitudini dei soggetti. Si rischia così di ottenere risultati proprio tra coloro che meno ne hanno bisogno e, di conseguenza, di aumentare le differenze.

I messaggi educativi da soli, per quanto ben elaborati, non sono sufficienti a cambiare le situazioni senza che avvenga un processo di elaborazione e di ricerca partecipata con gli interessati (Green *et al.*, 1995). Questi messaggi, peraltro, sono spesso in contrasto con gli interessi e le politiche dominanti.

La promozione della salute implica accesso alle informazioni, ma per acquisirle occorre possedere in partenza alcune risorse: la conoscenza delle fonti, il tempo, il denaro e la capacità di analisi critica. La mancanza di tali risorse è ulteriore causa di disuguaglianza.

Ma la capacità di analisi critica nasce innanzi tutto dalla capacità di produrre informazioni. L'informazione, l'educazione e la comunicazione per la salute in questo contesto dovrebbero permettere agli individui e ai gruppi di costruire un sapere a partire dal confronto tra le loro esperienze, i loro saperi e quelli degli esperti.

Sempre più emerge la necessità di intendere la partecipazione sociale non solo come espressione spontanea, più o meno diffusa e radicata, di impegno civico, ma anche come terreno di investimento e sviluppo di capitale sociale e come linea strategica per perseguire il rinnovamento del sistema sanitario pubblico. Alle Aziende sanitarie non si chiede solo una "performance istituzionale", che ha consolidate forme tradizionali di partecipazione sociale, ma anche una "performance aziendale" basata su principi e criteri propri del management dei servizi (Martini *et al.*, 1998).

Nel campo della valutazione e della gestione dei rischi ambientali per la salute, analogamente, si sente la necessità di coinvolgere direttamente tutti i soggetti che hanno titolo ad influire sulle scelte, in modo che queste siano basate su un consapevole confronto di idee e interessi. Tale processo di "comunicazione del rischio" si basa necessariamente su un uguale diritto delle parti ad accedere alle informazioni disponibili utili e ad esprimere le proprie percezioni, opinioni e preferenze, nel rispetto reciproco tra gli interlocutori e nella convinzione che questa sia la strada più giusta per risolvere conflitti e adottare decisioni, a volte difficili, anche per l'elevato grado di incertezza delle basi scientifiche su cui si può contare.

Nel contesto dell'informazione e della comunicazione giocano un ruolo rilevante anche le nuove tecnologie, computer, telefoni cellulari, Internet, che stanno rivoluzionando la vita di tutti, dal lavoro, allo studio, alle relazioni sociali. Le potenzialità tecnologiche - già oggi superiori alla capacità di un loro adeguato sfruttamento - offrono innumerevoli opportunità, per la creazione di nuovi e migliori servizi e per la modernizzazione dell'amministrazione pubblica. Il loro utilizzo intenso e intelligente appare oggi indispensabile, per una Pubblica amministrazione che costi meno, lavori meglio ed eroghi servizi sempre migliori.

La nuova prospettiva del Piano telematico regionale - recentemente approvato dalla Giunta dell'Emilia-Romagna - è quella di ricostruire l'identità comune delle città regionali, mettendo in rete i servizi alle imprese, i servizi alla persona e quelli di pianificazione del territorio.

In pratica, l'idea comune è di costruire punti di contatto (interfacce) unificati di tipo multimediale (*Web*, chiosco, TV, cellulare), telefonico (*call center* evoluto), o fisico (sportello unico), che consentano un accesso facile a fasce di servizi pubblici

(ed eventualmente anche privati), integrati in modo da fornire risposte il più possibile adeguate alle esigenze o ai problemi degli utenti.

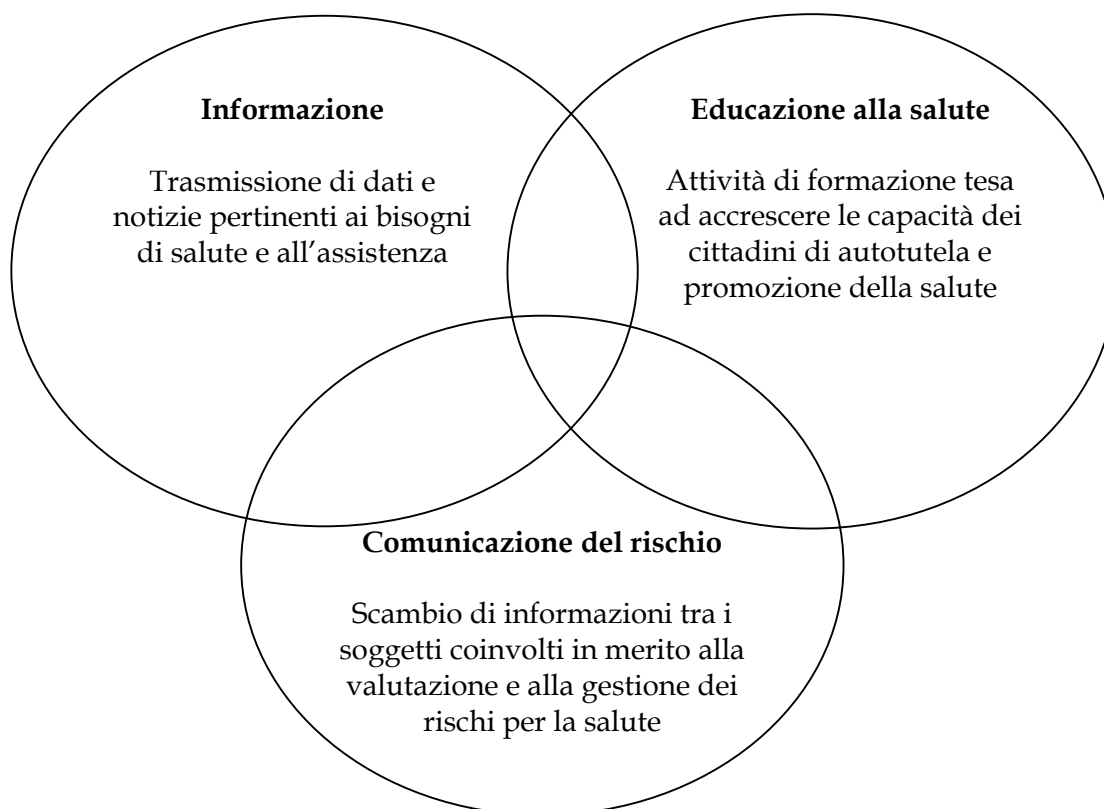
L'uso di Internet apre un capitolo a sé per lo sviluppo e le caratteristiche innovative che presenta. Si tratta di uno strumento che consente di veicolare informazioni e scambiare opinioni riducendo i tempi, le distanze e i costi di accesso. Interessa, attualmente, un numero ristretto di utilizzatori, soprattutto esperti e organizzazioni, ma l'uso domestico si sta rapidamente espandendo. Le informazioni per la salute disponibili in Internet sono già oggi una quantità enorme, la loro qualità è estremamente variabile, conosciamo ancora poco il loro effetto (Coiera, 1998) e si pongono seri problemi di selezione (Eysenbach e Diepgen, 1998).



### 3. IL SISTEMA COMUNICAZIONE

L'informazione, l'educazione alla salute e la comunicazione del rischio sono elementi strutturali delle organizzazioni sanitarie poiché entrano in gioco in tutte le interazioni tra il sistema sanitario e i cittadini-utenti. Si tratta di attività con caratteristiche diverse, spesso complementari e integrate e con ampi margini di sovrapposizione. Questo documento utilizza le definizioni della Figura 1, anche se lo sforzo classificatorio non è esaustivo poiché l'uso di un termine implicitamente può includere valori pertinenti agli altri. Si constata l'esigenza, non ancora soddisfatta, di disporre di un termine condiviso comprensivo dei diversi significati.

Figura 1. Componenti della comunicazione per la salute



Nelle organizzazioni sanitarie sono realizzate da tempo azioni dirette ad informare e formare i cittadini e gli utenti, sia sulla salute sia per l'accesso alle prestazioni. Le più visibili sono quelle informative-educative formali strutturate, cioè progettate:

- dibattiti,
- lezioni,
- campagne informative,
- presenza sui *media*,
- corsi formativi per diversi destinatari, anche di tipo professionalizzante.

Ma i servizi sanitari informano e educano anche in modo informale, perché tutto ciò che avviene nell'Azienda è, di fatto, comunicazione con il cittadino:

- il clima organizzativo,
- l'esperienza che l'utente vive al momento della prestazione, anche di carattere amministrativo,
- il rapporto con il personale,
- la segnaletica d'accesso,
- i locali,
- i simboli dell'identità aziendale, come il marchio ecc.

In una strategia comunicativa per la salute occorre partire da un'attenta analisi dei percorsi che il cittadino compie nella struttura sanitaria, per verificare in quale misura la sua esperienza risulti positiva o meno. È necessario dedicare una specifica attenzione a coordinare le azioni di comunicazione con i cittadini proponendosi i seguenti obiettivi:

- favorire l'accesso ai servizi e alle prestazioni;
- informare sui problemi correlati alla salute, sui diritti e sulle forme di tutela;
- consentire la partecipazione critica ai processi assistenziali e alle scelte sulla salute;
- offrire un'immagine positiva dell'organizzazione e degli operatori;
- informare sui programmi, sulle scelte e sulle azioni adottate dagli organi di governo e di gestione della sanità.

Nella Figura 2 si può osservare uno schema d'insieme, che colloca il Sistema comunicazione nell'ambito dell'Azienda sanitaria e che illustra alcune relazioni con i principali interlocutori esterni: cittadini, Enti locali, scuola, associazioni, *media*, imprese ecc.



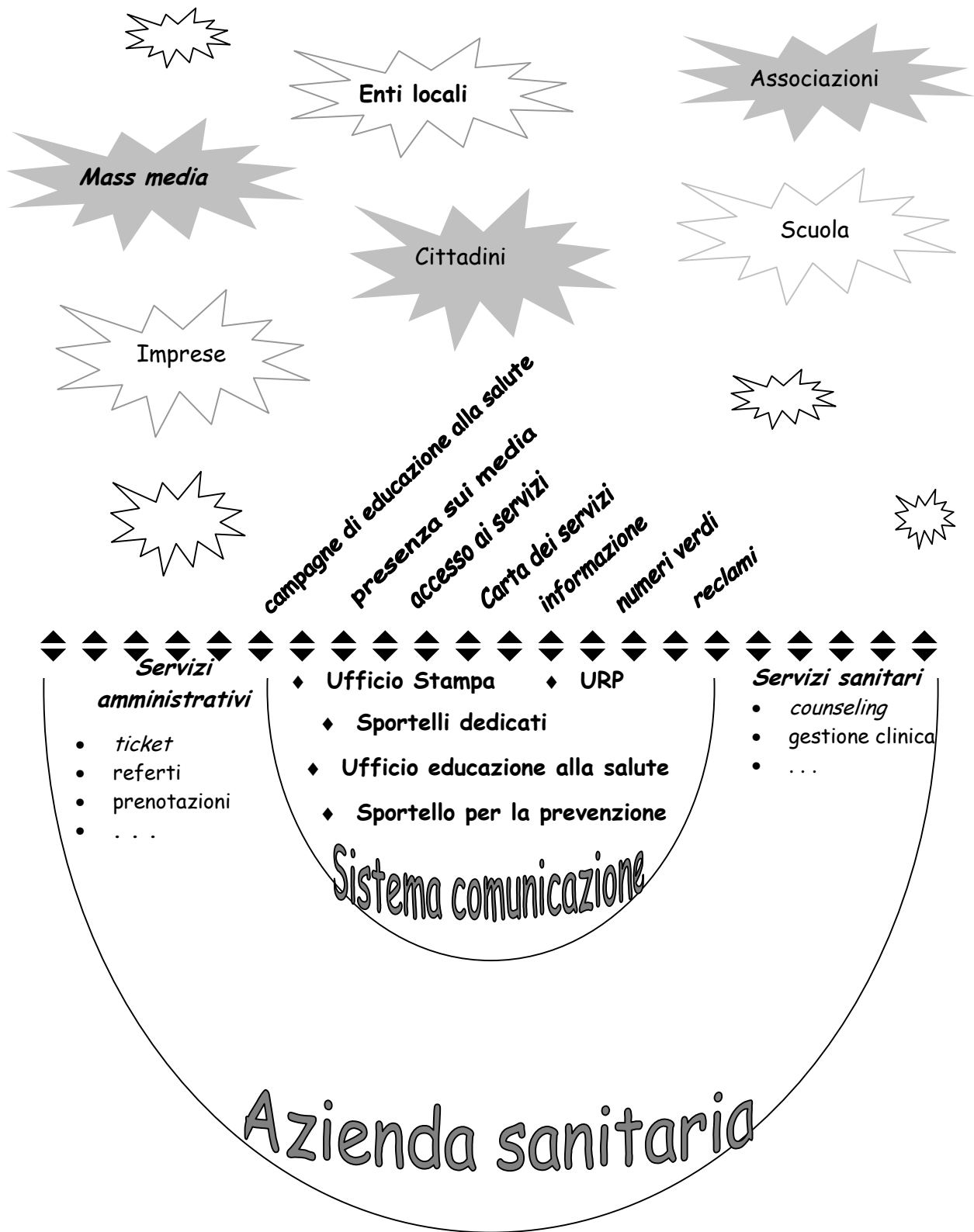
Nelle Aziende sanitarie sono attive strutture che si occupano in modo specifico della comunicazione con i cittadini e che compongono il Sistema comunicazione. Anche se organizzate e denominate in modo disomogeneo, esse curano:

- il rapporto individuale diretto con l'utente, finalizzato a facilitare l'accesso ai servizi (Uffici per le relazioni con il pubblico, sportelli dedicati, punti di *front-office*);
- le azioni di educazione alla salute e di comunicazione del rischio (Ufficio per l'educazione alla salute, Rete degli ospedali per la promozione della salute, centri di documentazione dei SerT, ecc.), rivolte a gruppi di soggetti interessati;
- la comunicazione verso la collettività, l'immagine dell'Azienda e dei professionisti e le relazioni con gli organi d'informazione (Uffici stampa, Uffici per la comunicazione).

Variamente collegate con queste strutture vi sono poi progetti, gruppi di lavoro, commissioni ecc., che completano un quadro ricco, forse troppo frammentato.

Senza la pretesa di disegnare in modo esaustivo il panorama dell'organizzazione e delle varie iniziative sulla comunicazione per la salute a livello regionale e locale, sulla base delle informazioni disponibili si propone, di seguito, una descrizione schematica delle principali strutture dedicate alla comunicazione aziendale.

Figura 2. Il Sistema comunicazione nelle Aziende sanitarie



### 3.1. Il rapporto diretto con l'utente: l'Ufficio relazioni con il pubblico

L'Ufficio relazioni con il pubblico è presente in tutte le Aziende sanitarie. In alcune è collocato in *staff* alla Direzione generale, in altre fa parte dell'Ufficio qualità o è in *staff* alla Direzione sanitaria.

L'URP si occupa di informazione interna ed esterna, gestisce punti informativi e sportelli di *front-office*, svolge attività di *back-office*, gestione dei reclami, indagini di soddisfazione dell'utente e produzione di materiale divulgativo. A supporto della comunicazione rivolta all'utente o agli operatori, gli URP gestiscono o utilizzano strumenti come il periodico interno aziendale, le bacheche, la segnaletica, la pagina *Web* aziendale e la comunicazione informatica.

Esaminando le funzioni attribuite agli URP e il loro grado attuale di sviluppo, emerge un'evidente disomogeneità tra le diverse Aziende sanitarie regionali. Alcuni URP stanno definendo ora la propria organizzazione, altri sono già impegnati in progetti di ampio respiro. Tra le principali funzioni affidate agli URP, oltre agli sportelli informativi, si ricordano:

- l'aggiornamento della Carta dei servizi,
- il funzionamento dei Comitati consultivi misti,
- la gestione dei reclami dei cittadini.

La Carta dei servizi sanitari è il documento che rappresenta l'impegno dell'organizzazione sanitaria a rendere espliciti i termini del proprio patto con i cittadini sulle caratteristiche e sulla qualità dei servizi offerti. La Carta, che dovrebbe essere costantemente aggiornata, contiene le informazioni organizzative sull'Azienda, esplicita gli obiettivi aziendali dal lato del cittadino, riferiti alla personalizzazione, umanizzazione, diritto all'informazione, livello delle prestazioni alberghiere, ecc. e gli indicatori utilizzati per valutarne il raggiungimento. Nella Carta sono evidenziati gli indicatori di qualità dalla parte dell'utente, definiti a livello regionale, rispetto ai quali l'Azienda si impegna ad assumere valori *standard*, di concerto con i Comitati consultivi misti.

La Carta dei servizi è stata predisposta da tutte le Aziende regionali; in molti casi si è già provveduto al suo aggiornamento. L'Agenzia sanitaria regionale ha avviato un flusso di informazioni mirate al monitoraggio di questo processo.

I Comitati consultivi misti sono stati costituiti nelle Aziende sanitarie ai sensi della Legge regionale 19/1994. Sono composti in maggioranza da rappresentanti delle associazioni di tutela e di volontariato più impegnate in campo socio-sanitario e da alcuni operatori ed esperti nominati dall'Azienda. Il Comitato si esprime in merito alla qualità dei servizi dal lato del cittadino, alla soddisfazione degli utenti, ad aspetti gestionali e organizzativi dei servizi offerti. Oltre ad essere un organismo di tipo consultivo, che favorisce la partecipazione attiva, i CCM sono anche un importante strumento di circolazione delle informazioni sull'attività aziendale.

Presso l'Assessorato regionale alla sanità si riunisce periodicamente il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ), composto dai presidenti dei Comitati consultivi misti aziendali e da alcuni referenti regionali. Il Comitato ha funzione consultiva nei confronti dell'Assessorato in merito alle scelte che interessano la qualità dei servizi offerti, in particolare ciò che riguarda la partecipazione, l'accessibilità, l'accoglienza, la continuità dei percorsi assistenziali, l'informazione, ecc.

I reclami dei cittadini, che in diversi modi pervengono all'Azienda - dalla segnalazione allo sportello alla lettera di protesta pubblicata sul giornale - sono l'espressione formale di un motivo d'insoddisfazione, che richiede una risposta. La loro gestione è oggi considerata all'interno delle Aziende sanitarie con crescente attenzione, perché i reclami rappresentano uno strumento per far emergere i punti critici e per orientare le scelte verso il miglioramento della qualità. In numerose Aziende si stanno mettendo a punto procedure per la raccolta, la classificazione, la predisposizione delle risposte e l'eventuale riesame. Nelle situazioni più mature le analisi dei reclami diventano anche oggetto di riflessione organizzativa e di comunicazione istituzionale.

L'uso del telefono e di Internet, per migliorare l'informazione dei cittadini e l'accesso ai servizi è ancora relativamente poco sviluppato nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, anche per motivi di carattere tecnologico e organizzativo. Prevale un'impostazione che mira a presentare il modello organizzativo interno (uffici, presidi, divisioni, ecc.), piuttosto che offrire risposte e soluzioni che facilitino i percorsi agli utenti, dal loro punto di vista e secondo i loro bisogni. Tale situazione ha recentemente indotto l'Assessorato regionale a progettare la costituzione di un unico Numero verde regionale per l'accesso alle informazioni sull'offerta dei servizi sanitari, collegato in rete con tutti gli URP, che possa rendere più coerenti e coordinate le strategie informative adottate dalle Aziende.

### 3.2. Il rapporto con gruppi di cittadini: l'Ufficio educazione alla salute

L'Ufficio educazione alla salute è collocato in *staff* alla Direzione generale o a quella sanitaria oppure nel Dipartimento di prevenzione. In alcuni casi ha mantenuto la denominazione di Coordinamento tra i servizi per l'educazione alla salute (CSES), che deriva dal precedente PSR.

Ha competenze di livello aziendale, presidia la funzione educativa tra Distretti e Dipartimenti, svolge funzioni di coordinamento, indirizzo e supporto tecnico-metodologico sia nella fase progettuale sia in quella attuativa degli interventi educativi e, recentemente, anche in quella di valutazione della loro qualità e appropriatezza.

In tutte le Aziende sono realizzati progetti di educazione alla salute: un censimento recentemente condotto dal CDS (D'Arrigo *et al.*, 1999) ne ha identificati oltre 750, realizzati nel periodo 1995-1997, gran parte dei quali sviluppati in collaborazione con le scuole.

È di recente approvazione (1999) un Protocollo d'intesa per la promozione e l'educazione alla salute in ambito scolastico, che riprende i principi della promozione della salute e si impegna a potenziare il rapporto di collaborazione tra organizzazioni sanitarie, Enti locali e scuole su diversi temi di interesse comune quali:

- la prevenzione dell'AIDS e dell'uso di droghe e alcool,
- l'orientamento e la sicurezza sul lavoro,
- le azioni sui determinanti ambientali e comportamentali della salute.

In questo ambito, è stato costituito un Comitato tecnico regionale per la promozione e l'educazione alla salute come sede di proposta, coordinamento e confronto delle esperienze realizzate e da realizzare nel settore dell'AIDS. Al Comitato partecipano, tra l'altro, rappresentanti dei Servizi di educazione alla salute di tutte le Aziende sanitarie e del CDS. È in via di sviluppo il progetto dell'Organizzazione mondiale della sanità di Rete europea delle scuole per la promozione della salute, progetto che potrebbe anche in tempi relativamente brevi, diffondersi in Italia.

Un altro settore di interesse è quello della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro sul quale, tradizionalmente, i Dipartimenti di prevenzione hanno svolto azioni di informazione, educazione alla salute e comunicazione del rischio, agendo come facilitatori nei confronti del mondo delle imprese. Tali azioni sono realizzate soprattutto in collaborazione con istituti scolastici e centri di formazione, per orientare ai temi della sicurezza, della formazione al lavoro o della formazione permanente dei lavoratori, ma anche nell'ambito di Piani mirati di prevenzione, rivolti ai rischi di specifici comparti lavorativi su scala locale o regionale.

Tra gli eventi che in questi anni hanno assunto rilevanza crescente si ricordano la Settimana per la prevenzione di Reggio Emilia e la Fiera Ambiente-Lavoro di Modena, che accolgono migliaia di partecipanti. Da citare, infine, le esperienze di Sportelli informativi rivolti a professionisti o a rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, che alcuni Dipartimenti di prevenzione e il CDS stanno sperimentando.

Una specifica Commissione tecnica per l'educazione alla salute era stata costituita a suo tempo dalla Regione, composta da referenti di tutte le Aziende USL ed ospedaliere.

Gli Uffici per l'educazione alla salute rappresentano anche uno dei punti di collegamento tra le Aziende e il Centro di documentazione per la salute (CDS), che svolge funzioni di rilevanza regionale nel campo dell'accesso alla documentazione scientifica sulle attività di educazione alla salute e, più in generale, sulla sanità pubblica. Questo Centro, che fa parte dell'Area logistica regionale, svolge il ruolo di supporto tecnico regionale nel campo della comunicazione (gestisce una biblioteca, un'agenzia notizie, una collana di testi scientifici, un sito *Web*) e in quello della ricerca epidemiologica. Il CDS ha collaborato con l'Organizzazione mondiale della sanità nello sviluppo della comunicazione del rischio per la salute (Gray *et al.*, 1997) e nella sua diffusione in Italia.

All'interno delle Aziende ospedaliere la funzione educazione alla salute viene ora ad essere rivista, dopo l'avvio del progetto *Health Promoting Hospitals* (HPH) dell'Organizzazione mondiale della sanità e la nascita, nel 1999, della Rete regionale emiliano-romagnola degli ospedali per la promozione della salute, coordinata dall'Azienda USL di Reggio Emilia, cui aderiscono 15 Aziende sanitarie e che fa parte della Rete italiana. L'idea di fondo è quella di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, trasferendo alla struttura organizzativa dell'ospedale - alla sua cultura e comportamenti quotidiani - i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute. Negli ospedali lavorano molte persone attente ai problemi di salute, in grado di influenzare sia la pratica professionale sia i comportamenti nei gruppi sociali.

Numerosi altri sono i gruppi, le associazioni e gli enti, anche esterni all'organizzazione sanitaria, impegnati nella promozione della salute e nei correlati aspetti educativi-comunicativi e che, mobilitando risorse, promuovono specifiche azioni e progetti innovativi.

Si ricordano:

- i progetti della Rete delle Città sane dell'Organizzazione mondiale della sanità e delle Città sicure, in cui Bologna svolge un ruolo centrale;
- la Rete nazionale e regionale dei Laboratori territoriali e dei Centri di educazione ambientale, promossa da un accordo tra i Ministeri dell'ambiente e della pubblica istruzione e coordinata a livello regionale dall'Assessorato all'ambiente;
- la Rete dei Centri di documentazione per le dipendenze e il disagio giovanile;
- la Rete dei Centri di documentazione per *l'handicap*;
- le iniziative del Centro di documentazione Minguzzi per la salute mentale;
- le attività di altri Assessorati regionali, come quello alle politiche sociali per la lotta alle dipendenze e in particolare al fumo; quello dell'agricoltura per l'informazione alimentare; quello ai Trasporti per la sicurezza stradale, ecc.;
- le innumerevoli iniziative di associazioni per la lotta a specifiche malattie (AIDS, tumori, ecc.) o per la tutela dei diritti dei malati.

### **3.3. Il rapporto con i *media*: l'Ufficio stampa**

Nella maggior parte delle Aziende sanitarie il rapporto con i *media* è tenuto direttamente dall'Ufficio stampa, in alcuni casi è invece affidato all'URP o all'Ufficio sviluppo organizzativo. L'Ufficio stampa è collocato in *staff* alla Direzione generale e opera in stretto contatto con il Direttore generale e il Direttore sanitario. Questo Ufficio svolge infatti, spesso, il ruolo ufficiale di portavoce dell'Azienda nei confronti dei *media* e rappresenta, nelle realtà in cui si è più sviluppato e organizzato, il principale canale di passaggio delle informazioni sull'Azienda da e verso i *media*.

L'Ufficio stampa delle Aziende sanitarie è diretto in molti casi da dirigenti amministrativi - anche giornalisti, in altri da dirigenti sanitari; sono in aumento le Aziende USL e ospedaliere che per svolgere questa funzione hanno stipulato contratti con giornalisti esterni. L'Ufficio stampa:

- predispone e diffonde giornalmente la rassegna stampa, selezionando dalle diverse testate gli articoli che riguardano l'Azienda,
- predispone e diffonde i comunicati stampa sull'attività aziendale,
- promuove e organizza interviste e conferenze stampa,
- gestisce o coordina gli eventi pubblici più rilevanti,
- presiede all'uscita delle pubblicazioni aziendali,
- è responsabile dell'immagine coordinata dell'Azienda e dell'uso del marchio aziendale.

Specie nelle Aziende che si sono dotate di una professionalità giornalistica, l'Ufficio stampa svolge attività redazionale per la produzione di periodici aziendali: sono sempre più numerose le testate a diffusione interna, rivolte ai dipendenti e sono in aumento anche gli strumenti di informazione inviati direttamente alla cittadinanza, autofinanziati grazie alla raccolta pubblicitaria. Sono gestiti da questo Ufficio il coordinamento delle campagne informative multimediali e l'acquisizione di specifici spazi su giornali e testate radiotelevisive, nei quali costruire e veicolare informazioni sanitarie rivolte ai cittadini.

I contatti dell'Ufficio stampa con i *media* sono frequenti, motivati il più delle volte dalla richiesta dei *media* stessi di ricevere informazioni su fatti di interesse e chiarire la posizione dell'Azienda rispetto a questioni che questi portano all'attenzione pubblica. Sono affrontate in modo privilegiato e frequente le situazioni cosiddette di "malasanità" (termine entrato ufficialmente da alcuni anni nei dizionari di italiano), trattate spesso - soprattutto da quotidiani e reti radiotelevisive locali - in forma scandalistica, con tempi rapidi di predisposizione dei pezzi giornalistici, concentrando le notizie e in molti casi semplificandole eccessivamente.

Il recente sviluppo degli Uffici stampa nelle Aziende sanitarie - che spesso accorpano anche altre funzioni di comunicazione - è espressione dell'impegno di queste amministrazioni teso a informare sistematicamente i cittadini e a rispondere, in modo efficace e rapido, alle pressanti esigenze di informazione provenienti dai *media*. Nello stesso tempo, la presenza degli Uffici stampa testimonia, come altri elementi, che il processo di aziendalizzazione si sta consolidando, con la conseguente inevitabile attenzione al presidio dell'identità, dell'immagine e dell'affidabilità aziendale.

Diversa è la posizione dei *media* quando realizzano formati specifici di approfondimento che riguardano la sanità, rivolti a un pubblico più attento a questi temi: i quotidiani, gli inserti settimanali, le rubriche radiotelevisive sulla salute sono in aumento e offrono, per l'Azienda sanitaria, l'occasione per costruire azioni sinergiche di corretta informazione al cittadino.

I referenti dell'informazione e della comunicazione di tutte le Aziende sanitarie e degli Istituti Ortopedici Rizzoli si riuniscono periodicamente presso l'Assessorato alla sanità nel Gruppo regionale comunicazione in sanità, che ha la funzione di coordinare le attività di informazione e comunicazione nei confronti dei cittadini e collaborare alla realizzazione di campagne informative regionali.



### 3.4. Alcuni punti critici del Sistema comunicazione

L'attuale suddivisione del Sistema comunicazione - tra le attività informative rivolte al singolo individuo, le attività educative per gruppi di persone e la comunicazione di massa - se ha una giustificazione di tipo tecnico-culturale e, eventualmente, organizzativo, non è adeguata ad affrontare progetti complessi, che richiedono di integrare in vario modo le diverse forme di comunicazione.

Un esempio significativo e originale di questa complessità è rappresentato, negli ultimi anni, dai programmi di *screening* per i tumori femminili, che per essere efficaci hanno richiesto un attento presidio, in ogni passaggio, anche degli aspetti comunicativi:

- la definizione consensuale di un documento di linee guida che evidenzia l'importanza della comunicazione, i valori che vanno trasmessi, i soggetti interessati, le regole di alcuni strumenti informativi essenziali (lettere, opuscoli, ecc.);
- l'analisi dei bisogni informativi, la selezione delle domande più frequenti e la predisposizione di *vademecum* per operatori sanitari di *front-office* e per medici di medicina generale;
- la formazione dei responsabili degli aspetti comunicativi dei programmi e degli operatori direttamente impegnati nel *front-office*;
- gli studi del gradimento e della non rispondenza e la realizzazione di un sistema di monitoraggio regionale sul funzionamento e sull'impatto dei programmi.

Il quadro delle diverse soluzioni organizzative adottate dalle Aziende, per la gestione degli aspetti comunicativi del progetto *screening*, come in altre situazioni analoghe, ha confermato la presenza di un certo grado di scollegamento tra gli attori del Sistema, oltre che di situazioni molto eterogenee nel panorama regionale.

Un ulteriore elemento critico che interessa il Sistema comunicazione è conseguenza del crescente ricorso dei cittadini alla giustizia, per risolvere il contenzioso nelle situazioni di cattiva pratica assistenziale; si sta così assistendo, in alcune realtà aziendali, a posizioni di irrigidimento difensivo nella gestione dei reclami, che sottovalutano la relazione interpersonale e appaiono determinate soprattutto dalla preoccupazione di rispettare alla lettera vincoli giuridici.

Mentre da una parte, di fronte alle variabili esigenze aziendali, si rileva in ogni caso una vivace autonomia e creatività - che ha condotto anche a buoni esempi di comunicazione efficace, dall'altra va evidenziato che le occasioni di coordinamento regionale sui temi della comunicazione e dell'educazione alla salute sono insufficienti, oppure rischiano di sovrapporsi. Su questi aspetti, inoltre, il sistema sanitario è parte di reti più ampie, che interagiscono, condizionano, orientano. Innumerevoli sono le

istituzioni, le organizzazioni, i contesti in cui si sviluppano le azioni, si producono e si scambiano informazioni relative all'analisi dei bisogni di salute, all'orientamento della domanda e alla gestione della salute. Rispetto a tale complessità e ai rispettivi ruoli il Servizio sanitario appare incerto e privilegia piuttosto le azioni individuali e di settore, rispetto a progetti integrati di più ampio respiro.

Lo sviluppo delle iniziative di comunicazione con i cittadini, il moltiplicarsi degli sportelli di *front-office* rivolti direttamente all'utente, sia all'interno del sistema sanitario (punti informativi URP, sportello unico distrettuale, sportello per la prevenzione ...), che all'esterno (sportelli unici per le imprese, sportelli URP degli enti locali ...) se da una parte testimoniano la crescita di una cultura dell'attenzione all'utente, alla semplificazione dei percorsi e all'accoglienza, dall'altra rischiano - se questi sforzi non sono ben coordinati e inseriti in una strategia complessiva di comunicazione - di aumentare la complessità dell'accesso ai servizi.

La diffusa, ed errata, convinzione che informare, educare, comunicare sia comunque e sempre positivo, non spinge a valutare con attenzione la qualità dei progetti e, soprattutto, a sottoporre le diverse iniziative ad un'attenta misurazione dei risultati. Né la documentazione sulle evidenze scientifiche nel campo dell'educazione alla salute e dell'informazione è ancora adeguatamente conosciuta.

Tutti gli operatori, tutti i servizi comunicano - sanitari, amministrativi, preventivi - in ogni occasione e in questo senso è dunque necessario che maturi la consapevolezza che anche questa è una responsabilità professionale e che le competenze relazionali fanno parte della "cassetta degli attrezzi" di ogni dipendente del sistema sanitario che ha contatti con l'utente. Gli studi sulla percezione dei cittadini rispetto ai servizi sanitari di cui hanno fruito dimostrano chiaramente il peso rappresentato dagli aspetti relazionali, superiore talvolta anche agli aspetti tecnici della prestazione ricevuta. La ricerca sulla qualità percepita dei servizi delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, realizzata dall'Eurisko nel 1999, conferma gli aspetti relazionali quali punti di forza prioritari della valutazione di qualità dal lato del cittadino.

Se è vero che tutti comunicano, è pure vero - però - che le azioni pianificate di comunicazione al cittadino non si possono improvvisare e che per essere davvero efficaci vanno fondate su metodi accreditati, devono essere centrate sul destinatario, devono saper utilizzare i mezzi e soprattutto i linguaggi adeguati, devono saper valutare a priori le possibili ricadute e gli effetti indesiderati, devono soprattutto essere coerenti tra loro e inserite in una strategia coordinata. La scienza della comunicazione ha compiuto importanti passi nell'ultimo decennio, le imprese private dimostrano di averlo compreso da tempo. All'interno del sistema sanitario va quindi compiuto un ulteriore sforzo per migliorare l'efficacia delle azioni rivolte alla comunicazione e

soprattutto la loro pianificazione strategica, superando la gestione artigianale di alcune parti del sistema e facendo crescere - oltre che come si è detto una competenza comunicativa diffusa - competenze comunicative dedicate e professionalizzate.

Anche il livello regionale ha finora lavorato in modo frammentario:

- pur avendo mantenuto periodici rapporti con i referenti aziendali della Carta dei servizi, CCM e URP, non è arrivato a formalizzare un reale coordinamento delle diverse iniziative aziendali in questi settori, per dare uniformità al sistema;
- il gruppo regionale Comunicazione in sanità composto dai referenti aziendali degli Uffici stampa, per coordinare i processi di comunicazione di massa, ha iniziato ad operare in modo produttivo solo da alcuni mesi;
- solo recentemente il Comitato dei referenti Qualità, presso l'Agenda sanitaria regionale, ha stabilito solidi contatti con coloro che lavorano ai diversi aspetti della comunicazione;
- la recente sperimentazione di un organismo per la partecipazione dei cittadini a livello regionale (Comitato consultivo regionale per la qualità dal lato del cittadino) necessita di aggiustamenti, per una reale soddisfazione e coinvolgimento dei partecipanti, per il recepimento dei pareri espressi e per una concreta messa in rete dei CCM aziendali.

Si ha l'impressione che l'interesse per una visione globale dei diversi aspetti e processi di comunicazione non sia stato sempre condiviso in uguale misura dalla base e dai vertici del sistema, essendo probabilmente percepito con differenti valenze dai diversi interlocutori e livelli.

È mancata, finora, quella rivoluzione culturale nei diversi attori del sistema, che si deve accompagnare a ogni importante rimodulazione strutturale, tale da supportare e spiegare il cambiamento, rafforzando la reciproca fiducia sia degli operatori verso il sistema di cui fanno parte, sia dei cittadini utilizzatori del sistema stesso.



#### 4. LE SCELTE STRATEGICHE

Cos'è necessario comunicare, perché vogliamo farlo e cosa ci proponiamo di ottenere, rientra nelle scelte specifiche di ogni organizzazione sanitaria e di ogni professionista. L'identificazione di specifici obiettivi di salute relativi a cinque gruppi di popolazione e a sette gruppi di patologie - indicati dall'Assessorato alla sanità della Regione - già danno un'indicazione chiara su quali aree privilegiare nei Piani per la salute e nei progetti regionali; i documenti elaborati dai rispettivi Gruppi di lavoro regionali comprendono anche gli aspetti comunicativi.

Ogni possibile azione di comunicazione con i cittadini per la salute, tuttavia, può essere condotta secondo strategie diverse che connotano gli attori coinvolti e che condizionano i risultati. Nella realizzazione del PSR dell'Emilia-Romagna 1999-2001 si propone, per orientare tutte le azioni comunicative con i cittadini per la salute, di adottare quattro linee strategiche:

- A. Comunicare ciò che serve ed è efficace.
- B. Sperimentare opportunità per favorire scelte consapevoli.
- C. Scegliere come *target* prioritario i "cittadini competenti".
- D. Responsabilizzare operatori e servizi per conquistare la fiducia dei cittadini.

##### *A. Comunicare ciò che serve ed è efficace*

Come detto in apertura, la scelta recente del SSN italiano è stata quella di adottare i principi della *Evidence Based Medicine* (EBM) e di assumere come proprio compito quello di fornire tutte le prestazioni efficaci e appropriate. La sfida dell'efficacia e dell'appropriatezza è enorme - sul piano della capacità di erogare prestazioni che soddisfino entrambe questi criteri - ma ancora maggiore è la sfida che si pone sul piano dell'informazione e della comunicazione con il cittadino e il malato.

Le crescenti attese, e l'altrettanto crescente sfiducia nella medicina tecnicistica cui si è accennato in precedenza, determinano il diffondersi di false speranze. Da questo punto di vista, ciò che compete al SSN è una vera e propria attività di controinformazione, che rappresenti ben più di una "guida negativa" a tutto ciò che non serve, ma sia una vera e propria occasione di dialogo e di educazione che tiene conto dei limiti della medicina, delle potenzialità della promozione e difesa della salute e di una cultura dell'essenzialità del consumo sanitario.

Le difficoltà sono molte. Anzitutto, i limiti delle conoscenze scientifiche disponibili che, in molti casi, permettono di comunicare più il livello di incertezza di determinate conoscenze che chiari messaggi positivi o negativi. In secondo luogo, la necessità di fornire informazioni non solo corrette ma anche bilanciate, informazioni cioè che non enfatizzino i benefici a scapito dei rischi e che sappiano, il più possibile, coniugare il beneficio collettivo con quello atteso a livello individuale. In terzo luogo, l'assoluta necessità di assimilare anche il punto di vista dell'utente, nell'interpretazione dei verosimili benefici e rischi di un intervento.

L'informazione non deve riguardare solo l'efficacia dell'assistenza. Ci si deve misurare anche con diverse difficoltà:

- rendere comprensibile il peso dei determinanti sociali, ambientali, economiche, culturali che condizionano la salute;
- descrivere le disuguaglianze tra gruppi in differenti condizioni sociali, che emergono dalle pieghe dei dati - pur tendenzialmente positivi - sullo stato di salute delle popolazioni;
- spiegare le ragioni di un nuovo approccio ai problemi di sanità pubblica, che assicuri coerenza con i principi del servizio sanitario;
- presentare le valutazioni sui risultati degli interventi e sulle politiche che hanno effetti sulla salute, disegnando i possibili scenari.

### ***B. Sperimentare opportunità per favorire scelte consapevoli***

Il diritto di contare: "Vogliamo che i cittadini si fidino di noi, ma noi ci fidiamo dei cittadini?". Può suonare probabilmente solo come una provocazione, ma nel mondo sanitario - e non solo - c'è una certa resistenza ad accettare che il cittadino possa avere una posizione autonoma rispetto alle scelte che gli si propongono. La società italiana non è ancora molto evoluta, sui valori dell'autodeterminazione e della libera scelta: parliamo ancora infatti di consenso informato, non di scelta consapevole.

Un cambiamento culturale così significativo, quale il mettere nelle mani della singola persona le scelte riguardanti la propria salute, non può non andare di pari passo con altre acquisizioni culturali importanti, riguardanti la libertà individuale. La condivisione delle scelte va intesa in modo reciproco, presupponendo che il cittadino che si appropria di maggiori conoscenze potrà poi esercitare il diritto di restituirle rielaborate, ad esempio richiedendo modifiche nei modi di erogazione di un servizio.

Per non rischiare di cavalcare inutili utopie, questo problema è posto in prospettiva, verso la costruzione di condizioni favorevoli e la sperimentazione di soluzioni innovative, per l'esercizio di scelte consapevoli individuali e per un migliore accesso all'assistenza. Si tratta di costruire un terreno di investimento e di sviluppo del capitale sociale. Ciò sarà possibile - anche attraverso sperimentazioni di modalità strutturate per la definizione di priorità di intervento - laddove si trovino condizioni di consenso sociale, come nell'attuazione dei Piani per la salute, in ambiti circoscritti dal punto di vista logistico (un distretto, un comune, una scuola, una sezione ospedaliera ecc.) o dal punto di vista del *target* (i pazienti affetti da una determinata patologia, gli adolescenti di un distretto, gli esposti a un medesimo rischio lavorativo, ecc.).

La scelta di un ambito circoscritto consentirà di coinvolgere molto da vicino tutti i soggetti interessati dal cambiamento di paradigma culturale. In sintesi, si dovrà sperimentare il passaggio dalla situazione attuale - che si può esprimere con l'affermazione "io-istituzione decido per la tua salute e per la salute collettiva tenendoti informato" - ad una situazione riassunta dall'affermazione "io-istituzione, che rappresento la scienza e la società, ti offro tutte le informazioni che ti necessitano per la tua salute, ma sarai tu a decidere". Dove il "tu" può essere il singolo individuo o un gruppo identificato di individui.

I cittadini vanno considerati come interlocutori validi, e occorre passare da una situazione di tipo paternalistico a una *partnership* che permetta di condividere le decisioni (Kassirer, 1995; Richards, 1998). Il consenso realmente informato dovrebbe divenire un tema centrale, che si associa al problema dell'autonomia delle scelte e della preferenza espressa dal malato (vedi ad esempio il recente dibattito sul *BMJ*). Lo scambio di informazioni con i cittadini è finalizzato principalmente a sostenere un processo, basato su evidenze scientifiche, di costruzione di opinioni per la valutazione e la gestione dei problemi di salute. Le conoscenze, la cultura, gli atteggiamenti e anche l'organizzazione sanitaria condizionano in modo decisivo sia le scelte sulla salute sia la domanda e l'accesso ai servizi sanitari. Un'informazione pertinente, significativa, accessibile, attraverso la quale possano essere condivisi rischi, responsabilità e incertezze tra utenti, esperti e amministratori può avere un ruolo cruciale in questo campo (Pencheon, 1998; Rogers *et al.*, 1998).

### **C. Scegliere come target prioritario i "cittadini competenti"**

Tutti i cittadini devono poter fruire delle informazioni sui determinanti della salute, i fattori di rischio e le cause di malattia, la gamma delle possibilità di risoluzione dei problemi di salute; devono essere formati all'assunzione di comportamenti favorevoli alla salute, in particolare quelli più deboli e socialmente disagiati. Le stesse scelte operate dal Piano sanitario nazionale e regionale individuano comportamenti e stili di vita - corretta alimentazione, adeguata attività motoria, riduzione dell'abitudine tabagica e del consumo di alcool - che sono da promuovere non solo in piccoli gruppi a rischio, ma che interessano tutta la popolazione di entrambi i sessi, di qualsiasi età e gruppo sociale.

Si pone quindi il problema di garantire concretamente pari opportunità di accesso all'informazione e di raggiungere l'intera comunità con messaggi per la salute di una certa complessità: si tratta di un compito arduo, anche utilizzando le potenzialità dei mezzi di comunicazione di massa e le nuove tecnologie di informazione, non solo per gli elevati costi che occorrerebbe sostenere.

Il PSR prevede l'elaborazione e la realizzazione di Piani per la salute in cui gli Enti locali - in collaborazione con le Aziende sanitarie e gli altri attori sociali rilevanti, istituzionali, del volontariato, privati - definiscono obiettivi prioritari e sviluppano azioni coerenti. Sarà quindi compito prioritario delle Aziende sanitarie assicurare un supporto tecnico agli Enti locali e ai loro alleati, sia nella fase programmatoria delle scelte, sia in quella attuativa.

A questo fine, si può fare riferimento alle classiche strategie che puntano sulle figure dei mediatori, sulla formazione dei formatori, sulle onde concentriche che, prodotte da un solo sasso, agitano tutto lo stagno. Vi sono nella società individui che hanno il ruolo e i motivi per influire su determinate decisioni e che, pur senza essere necessariamente degli esperti in materia, hanno la necessità di apprendere e formarsi un'opinione, per compiere e orientare scelte. Ma quali sono i sassi giusti, i mediatori, i ripetitori, coloro che hanno influenza nelle scelte che interessano la salute? Coinvolgendo questi soggetti, si può puntare ad azioni di tipo informativo, educativo, per promuovere la salute e raggiungere con maggiori probabilità di successo anche gli altri cittadini. Chi sono dunque questi "cittadini competenti", che hanno un ruolo cui compete una determinata influenza e che hanno bisogno di competenze, cioè di conoscenze, per esercitarlo?



- Coloro che operano nel volontariato e nelle associazioni rappresentative degli interessi degli utenti, dei malati, dei consumatori, auto-organizzati e auto-dichiarati nei loro statuti e regolamenti “cittadini competenti” per la promozione della salute, e solo in seguito riconosciuti da dichiarazioni internazionali e dalle norme nazionali; gli attivisti che sostengono la causa della salute, dell’ambiente e della giustizia sociale; i funzionari delle organizzazioni di categoria e sindacali. A queste persone va riconosciuta una tenacia, una motivazione e una capacità operativa insuperabili, che le rendono risorsa imprescindibile per la progettazione, la costruzione e la diffusione dei messaggi rivolti ai cittadini.
- I componenti degli organi legislativi e di governo a livello nazionale, regionale e locale, perché dalla loro iniziativa dipende lo sviluppo di una politica pubblica per la salute; ciò implica un loro impegno a valutare l’impatto sulla salute delle scelte politiche e a riferirne, adottando un linguaggio che possa essere compreso da tutti i gruppi della società. Coloro che definiscono le politiche e assumono decisioni operative in settori rilevanti - istruzione, trasporti, alloggi, pianificazione urbana, produzione industriale, agricoltura - e a ogni livello. Essi possono creare ambienti favorevoli, per caratteristiche fisiche, sociali e soprattutto organizzative, che determinino i modi di accesso alle risorse per la vita quotidiana e le opportunità di accrescere le possibilità personali - con azioni riferite a diverse dimensioni: fisica, sociale, spirituale, economica e politica.
- Coloro ai quali la legislazione affida il compito dell’educazione del cittadino, sia globale sia specifica, sulla salute e la sicurezza. Tra questi, in primo piano gli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado, fino all’Università.
- I giornalisti, che affrontano comunque e autonomamente i temi sanitari - spesso con l’accesso a fonti carenti o distorte e in base a logiche di mercato - avendo compreso quanto le questioni correlate alla salute siano interessanti per i cittadini e rilevanti per rappresentare la nostra società.
- Gli operatori sanitari, che sono numerosi e insieme alle loro famiglie e circuiti amicali rappresentano una parte rilevante della popolazione; il loro ruolo è inevitabilmente educativo e influenza, anche con l’esempio, i comportamenti. Gli operatori sono in grado di aprire canali comunicativi tra la sanità e le altre componenti sociali, politiche, economiche, ambientali, anche al fine di costruire una comunità educante o sistema educativo policentrico, distribuito per l’intero arco dell’esistenza e collocato nei diversi ambienti di vita. Dovranno trasformare i servizi sanitari in ambienti che promuovono la salute: servizi sani, senza fumo, igienici, rispettosi delle risorse naturali, ecologici; che favoriscono lo star bene con se stessi e con gli altri, la cura di sé e degli altri; servizi in grado di condividere il potere decisionale all’interno e in primo luogo con gli utenti.

Un'analisi più dettagliata dei possibili cittadini competenti permette di identificare con maggiore precisione le diverse tipologie.

***Esempio di cittadini competenti, alleati potenziali dei Piani per la salute***

<i>Settore</i>	<i>Alleati potenziali</i>
<b><i>Pubblico</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Decisori politici, amministratori pubblici</li> <li>– Operatori sociali e sanitari inclusi i medici di medicina generale</li> <li>– Aziende di servizio</li> <li>– Enti e organismi istituzionali come i Comitati consultivi misti, INAIL, INPS, Uffici del lavoro, ecc.</li> <li>– Provveditorato studi, distretti scolastici, agenzie formative</li> <li>– ARPA, servizi sociali e organizzazioni assistenziali</li> <li>– Società professionali e organizzazioni sindacali</li> </ul>
<b><i>Privato</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Servizi sociali e sanitari</li> <li>– Enti assicurativi</li> <li>– Cooperative, società, aziende</li> </ul>
<b><i>Sociale</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Organizzazioni senza scopo di lucro (cooperative sociali, onlus)</li> <li>– Associazionismo strutturato (di rappresentanza e tutela, di volontariato sociale)</li> <li>– Fondazioni, enti, club</li> <li>– Gruppi occasionali di interesse (comitati, movimenti di opinione)</li> <li>– <i>Testimonial</i></li> <li>– Società professionali, confederazioni industriali, organizzazioni sindacali, di categoria</li> </ul>

#### **D. Responsabilizzare operatori e servizi per conquistare la fiducia dei cittadini**

Comunicazione è fiducia. Chi si occupa di comunicazione deve riflettere sulla credibilità degli operatori e dell'organizzazione di cui fa parte. Nella percezione comune, si registra una scarsa credibilità degli operatori sanitari e delle organizzazioni sanitarie. Questa problema deve essere affrontato in primo luogo dai dirigenti e dai professionisti, per non rendere vano qualsiasi obiettivo, progetto o azione di comunicazione.

È fondamentale che le organizzazioni e i professionisti sanitari riconoscano quanto sia rilevante conquistare la fiducia e la credibilità dei cittadini, necessarie non solo per stabilire un efficace patto terapeutico, ma per svolgere a pieno la loro funzione di servizio pubblico che promuove la salute. La fiducia del cittadino, elemento di base di un rapporto paritario, non è scontata solo per il ruolo rivestito; va guadagnata e mantenuta con l'agire quotidiano, senza illudersi che sia sufficiente realizzare strategie di comunicazione per riuscire a conquistarla, magari con intelligenti operazioni di *marketing*. Gli stessi strumenti di comunicazione, infatti, se sono aggressivi, se offrono notizie e inducono aspettative poi disattese nella pratica, agiscono negativamente sulla credibilità di quell'organizzazione e ottengono l'effetto opposto. Stabilire (o ristabilire) un rapporto di fiducia è invece la condizione preliminare per comunicare: ciò si ottiene con un processo di tipo culturale che si propone di modificare, coerentemente e stabilmente, la mentalità interna delle organizzazioni sanitarie.

Nella progettazione di qualsiasi intervento di informazione, educazione alla salute e comunicazione del rischio è dunque necessario partire da un'analisi dell'effettivo clima di fiducia reciproca, nel contesto locale sul quale si interviene. Anche per il ruolo preminente che gli operatori del sistema sanitario svolgono - come educatori e come mediatori tra il sistema sanitario e le altre componenti sociali, politiche, economiche e ambientali - occorre rafforzare il loro senso di appartenenza alle Aziende e la loro adesione attiva al processo di attuazione degli obiettivi di salute del PSR. Non si possono trasmettere messaggi positivi e rassicuranti nei confronti di istituzioni nelle quali ci si sente per primi insicuri, poco valorizzati o che si percepiscono come poco affidabili.

In quest'ottica, assume la massima rilevanza attivare o sviluppare percorsi di comunicazione interna chiari e trasparenti, lungo i quali possano essere conosciuti, compresi, partecipati, condivisi:

- i valori di fondo;
- la *mission* aziendale e delle singole articolazioni dell'organizzazione;
- le singole decisioni, le motivazioni, l'oggettività dei criteri seguiti per assumerle.

È, inoltre, essenziale che gli operatori siano consapevoli che lo sviluppo e il miglioramento complessivo dell'Azienda sanitaria, oltre ad offrire migliori condizioni all'utente e al malato, valorizzano anche il loro lavoro. Gli operatori devono dunque essere messi in grado di valutare la progressione dell'attività aziendale verso gli obiettivi strategici e di autovalutare responsabilmente, con idonei strumenti, anche il proprio operato:

- la capacità di comprendere meglio le esigenze dei cittadini;
- il *comfort* della struttura (pulizia, modernità, comodità, estetica);
- gli aspetti chiave della funzionalità (facilità di accesso, puntualità, coerenza interna dei processi gestionali);
- i comportamenti organizzativi (formazione, utilizzo dei codici deontologici, attività culturali nelle strutture ...).

L'esigenza principale è quella di responsabilizzare gli operatori alla necessità di mettere il malato, i suoi familiari, i cittadini in grado di comprendere i problemi di salute e le scelte assistenziali o di gestione dei rischi più opportune.

## 5. LE AZIONI RACCOMANDATE

Oltre alle indicazioni di carattere strategico, che dovrebbero influenzare tutte le attività comunicative, è utile concludere con alcune raccomandazioni operative rivolte alle Aziende sanitarie, alla Regione, agli Enti locali, ai cittadini competenti e agli altri soggetti interessati, per tradurre in termini concreti - se pure in modo necessariamente sommario - il contributo che la comunicazione per la salute può dare all'attuazione del Piano sanitario regionale.

In linea generale, le azioni possono convergere su tre direttrici prioritarie di lavoro:

1. sul contesto, per creare sinergie: "per costruire e sostenere alleanze e reti di collaborazione";
2. sulle esigenze comunicative dei cittadini: " per favorire scelte consapevoli";
3. sull'organizzazione interna del servizio sanitario: "per rafforzare e sviluppare il Sistema comunicazione".

Nelle tabelle che seguono "Chi può fare cosa" sono descritte, in forma aperta e non definitiva, le azioni proposte e gli attori che entrano in gioco.

### 5.1. Per costruire e sostenere alleanze e reti di collaborazione (*Tabella 1*)

Un sistema come quello sanitario, che si pone l'obiettivo di promuovere la salute e che attribuisce un valore positivo al rapporto con i propri utenti, non può che operare in sinergia con i tanti potenziali alleati di questo processo.

Si stanno gradualmente affermando anche in Emilia-Romagna importanti esperienze di reti per la salute, che in alcuni casi fanno riferimento all'impulso che l'Organizzazione mondiale della sanità ha dato alle forme di collaborazione tra enti e soggetti diversi, per perseguire obiettivi comuni di salute. Consolidare le reti esistenti, estenderne la diffusione nel territorio regionale, creare nuove reti significa dare respiro e prospettiva di sviluppo alle politiche per la salute.

- La Rete europea delle Regioni per la salute dell'OMS

L'adesione dell'Emilia-Romagna a questo *network* europeo dal 2001 rappresenta l'occasione per una crescita culturale del sistema e un nuovo terreno di confronto sui Piani per la salute. Appare anche utile la costituzione di una Commissione regionale per la promozione della salute, che comprenda rappresentanti degli Assessorati regionali interessati e dei principali programmi di promozione della salute.

- La Rete delle Città sane dell'OMS

Oltre a Bologna, che riveste un ruolo *leader* della Rete a livello nazionale, si può incentivare l'adesione al progetto di altre città della regione, sviluppare una maggiore conoscenza dell'iniziativa, costruire alleanze e progetti di promozione della salute, che vedano gli Enti locali tra i principali protagonisti e il sistema sanitario con ruolo di supporto tecnico.

- La Rete degli Ospedali per la salute dell'OMS

Le Aziende sanitarie regionali che aderiscono a questa Rete vanno sostenute a livello regionale, con supporti anche di tipo informativo e formativo; vanno favoriti i collegamenti funzionali, documentate e diffuse le esperienze, promosse le adesioni di altri ospedali. Possono essere realizzati progetti regionali su obiettivi prioritari e avviate sperimentazioni in collaborazione con il volontariato e con gli organismi rappresentativi dei malati.

- La Rete delle Scuole per la salute dell'OMS

Già sviluppata in altre regioni, potrebbe essere di interesse anche in Emilia-Romagna.

- Le Reti dei Centri di documentazione per la salute

A supporto del processo avviato dal PSR e della costruzione dei Piani per la salute, va garantito un sistema accreditato di fruizione delle conoscenze sulla salute a un pubblico sempre più vasto di soggetti, per i nuovi ruoli che si stanno prefigurando: Enti locali, volontari, operatori sanitari altri cittadini competenti. Vanno sviluppati i collegamenti funzionali e informatici tra i diversi Centri di documentazione, regionali ed extraregionali, anche orientati a settori specifici. Nelle Aziende sanitarie può essere costituito un sistema di documentazione aziendale, per professionisti e altri, reso possibile anche dalla formazione di figure dedicate.

## 5.2. Per favorire scelte consapevoli (Tabella 2)

Un sistema sanitario che sa di dover conquistare ogni giorno la fiducia, non scontata, dei cittadini, un sistema sanitario che riconosce ai proprio utenti il diritto e la libertà di poter compiere scelte responsabili e consapevoli per la propria salute, un sistema, quindi, che vuole porsi nei loro confronti come *partner* non paternalistico, dovrà porre in essere allo stato attuale concrete azioni di *empowerment* dei cittadini sulla gestione della salute.

Tra i temi centrali: il consenso davvero informato; tra i metodi da privilegiare: la comunicazione del rischio; tra le strategie prioritarie: la responsabilizzazione degli operatori alla comunicazione con gli utenti.

– La responsabilizzazione e le competenze comunicative degli operatori sanitari

Gli operatori del sistema sanitario, che hanno un ruolo guida per la salute, vanno coinvolti nei processi aziendali attraverso percorsi di comunicazione interna trasparenti, vanno responsabilizzati e il loro impegno va concretamente riconosciuto. Le Aziende sanitarie possono offrire loro, a tutti i livelli, specifiche occasioni di formazione sulla comunicazione e relazione con gli utenti. A livello regionale il processo può essere supportato con atti di indirizzo, iniziative di formazione, incentivi alle iniziative che sono orientate in questa direzione.

– La diffusione di conoscenze sulla salute e sui servizi sanitari

La ricerca sui bisogni informativi dei cittadini va sviluppata, per poi realizzare strategie mirate di comunicazione per la salute e campagne informative. Occorre promuovere iniziative editoriali di supporto culturale all'attuazione del PSR: tra queste, il rilancio di una rivista regionale sulla sanità, rivolta a cittadini competenti e operatori e la diffusione di documenti di orientamento a scelte sulla salute. Va sviluppato e incentivato l'utilizzo delle nuove tecnologie per la comunicazione e di Internet.

– La scelta delle priorità nei Piani per la salute

Per la scelta delle priorità nei progetti di promozione della salute e nei Piani per la salute, che saranno formulati a livello locale, sarà determinante il ruolo degli Enti locali, il coinvolgimento del volontariato e anche la concreta partecipazione di diversi soggetti. Per favorire la scelta consapevole delle priorità è utile a livello regionale la produzione di linee guida, la formazione dei soggetti coinvolti, l'ampia diffusione delle informazioni, la documentazione, l'adozione di meccanismi, anche originali, che facilitino la partecipazione di operatori e cittadini.

- La comunicazione del rischio nelle scelte che hanno influenza sulla salute pubblica  
Il processo di comunicazione del rischio si basa su un uguale diritto delle parti coinvolte ad accedere alle informazioni, esprimere le proprie opinioni, affrontare le difficoltà che precedono le decisioni difficili. Per favorire questo processo si suggerisce:
  - la produzione di linee guida, per avviarne alcune concrete sperimentazioni e un facile accesso a informazioni utili;
  - la creazione di occasioni di partecipazione alle scelte su questioni rilevanti per la salute pubblica;
  - la realizzazione di attività di formazione per gli operatori e di *empowerment* dei cittadini coinvolti;
  - l'orientamento in tale direzione dei servizi e delle azioni dei professionisti.
  
- L'adozione di scelte consapevoli sull'assistenza individuale  
Per consentire agli utenti di compiere scelte consapevoli per la propria salute, vanno resi più efficaci gli strumenti informativi e le procedure, semplificando anche il linguaggio adottato. Le procedure per il consenso informato e per la consultazione degli utenti dovranno essere rivalutate, con il ruolo propositivo e di verifica dei Comitati misti e del Comitato consultivo regionale. Due programmi, in particolare, si evidenziano in quest'ottica per rilevanza e attualità: gli *screening* oncologici e la donazione-trapianto di organi. Queste azioni possono essere supportate con indirizzi regionali e interventi formativi, sia rivolti agli operatori, che orientati all'*empowerment* dei cittadini.

### 5.3. Per rafforzare e sviluppare il Sistema comunicazione (Tabella 3)

L'attuazione del PSR, la realizzazione dei Piani per la salute e degli obiettivi di salute - ma anche lo sviluppo dei principali progetti di ogni Azienda sanitaria - devono essere sostenuti e accompagnati da coerenti e coordinate iniziative di comunicazione mirate, caso per caso, a *target* specifici di cittadini.

Ogni Azienda sanitaria dovrà dunque definire, esplicitare, validare e rendere visibile la propria strategia di comunicazione; le attuali strutture del Sistema comunicazione dovranno essere rafforzate per essere in grado di far fronte alle nuove sfide, si dovranno avviare nuove funzioni - gli Sportelli per la prevenzione - e tutto il sistema dovrà riuscire ad operare in una logica integrata.



– I piani di comunicazione

Il piano annuale di comunicazione dell’Azienda sanitaria dovrà essere un documento approvato dalla direzione strategica aziendale, da sottoporre agli Enti locali e ai CCM. Potranno essere predisposti piani di comunicazione di settore o collegati ai Piani per la salute. La Regione dovrà emanare indirizzi alle Aziende al riguardo, favorire l’armonizzazione del processo e predisporre piani di comunicazione quadro su obiettivi di salute prioritari. Alle Aziende sanitarie dovranno essere offerte occasioni formative regionali, anche di tipo metodologico, sulla formulazione dei piani e le strategie di comunicazione, nella prospettiva dell’integrazione del sistema.

– L’Ufficio relazioni con il pubblico

La rete degli URP aziendali dovrà essere sviluppata e collegata con gli URP e sportelli di altri enti; l’accesso telefonico agli URP potrà essere facilitato e coordinato, adottando un unico numero verde regionale. La Carta dei servizi va aggiornata da tutte le Aziende e comunicata in modo efficace, esplicitando gli impegni aziendali verso i cittadini; il sistema di gestione reclami va consolidato, adottando strumenti omogenei di monitoraggio e verifica delle ricadute organizzative. Al livello regionale è proposta l’adozione di atti di indirizzo, lo sviluppo di programmi formativi e di azioni di coordinamento, anche collegate alle iniziative per l’accreditamento e il miglioramento della qualità. Su questi temi, va promosso il coinvolgimento dei CCM e del CCRQ, con ruolo propositivo, consultivo e di verifica.

– L’Ufficio educazione alla salute

L’educazione alla salute, che si propone di accrescere le capacità dei cittadini di autotutela e promozione della salute, prevede la diretta interazione tra il sistema sanitario e i cittadini-utenti. In tal senso vengono raccomandate:

- la produzione di linee guida per la promozione e la valutazione delle specifiche iniziative,
- la costituzione di gruppi regionali di coordinamento per gli interventi nella scuola e negli ambienti di lavoro su problemi di salute prioritari,
- la formazione dei soggetti coinvolti,
- il censimento delle esperienze realizzate,
- l’attuazione di indagini sull’efficacia delle iniziative compiute,
- l’adozione di metodi educativi basati su prove di efficacia.

– Lo Sportello per la prevenzione

Introdotta dal PSR, questo Sportello rappresenta il punto di accesso al Dipartimento di prevenzione, in grado di veicolare informazioni sulle attività, promuovere la prevenzione, informare sui rischi per la salute, anche con iniziative di confronto pubblico. In questa fase occorre:

- produrre linee guida regionali per l'avvio,
- incentivare l'iniziativa,
- promuovere il coordinamento di una rete regionale,
- organizzare la formazione dei soggetti coinvolti,
- attivare gruppi di esperti per area tematica e produrre *focal point* informativi,
- costituire lo Sportello in ogni Dipartimento, definendone le responsabilità e integrandolo con le altre strutture del Sistema comunicazione.

– L'Ufficio stampa/comunicazione

Il rapporto con gli organi di informazione va presidiato dalle Aziende sanitarie con maggiore efficacia, data la rilevanza per il cittadino dell'informazione sulla salute veicolata dai *media*. Anche alla luce della nuova normativa (Legge 150/2000 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" e suo Regolamento) occorre puntare su professionalità e formazione degli operatori coinvolti e sviluppare processi che, coordinati dall'Ufficio stampa, sappiano coinvolgere le articolazioni aziendali e i *media* in progetti per promuovere la salute, la conoscenza dei servizi, i Piani e gli obiettivi di salute. Un osservatorio regionale su *media* e sanità, la produzione di materiali informativi accreditati, la sperimentazione di occasioni di formazione e informazione per i giornalisti, il coordinamento regionale del sistema comunicazione in sanità, sono le principali azioni proposte.

– L'integrazione del Sistema comunicazione

Date le difformità organizzative e culturali del Sistema comunicazione nelle Aziende sanitarie regionali e valutati i problemi di integrazione interni, si ritiene di impegnare la Regione ad emanare indirizzi per uniformare questo Sistema nell'ottica strategica qui illustrata. L'integrazione dovrà essere assicurata all'interno delle Aziende sanitarie, tra le Aziende sanitarie e la Regione, all'interno della Regione, anche costituendo o sviluppando forme di coordinamento stabili a livello regionale. Va prevista l'istituzione di flussi informativi regionali sullo stato del sistema comunicazione aziendale, che comprendano anche il censimento delle risorse impegnate e forme di supporto e monitoraggio dell'attuazione degli indirizzi regionali.

Tabella 1. Chi può fare cosa: per costruire e sostenere alleanze e reti di collaborazione

	REGIONE (Assessorato sanità, strutture tecniche e altri Assessorati)	ENTTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI (decisioni politici, volontari, associazioni, giornalisti, insegnanti, operatori sanitari, ...)	ALTRI SOCCETTI (scuola, università, altre istituzioni e organizzazioni, ...)	AZIENDE SANITARIE (dirigenza, professionisti, strutture del Sistema comunicação)
<b>La Rete europea delle Regioni per la salute dell'OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- studiare la fattibilità e promuovere l'adesione dell'Emilia-Romagna</li> <li>- organizzare iniziative di confronto con altre Regioni sui Pps</li> <li>- costituire una Commissione regionale per la promozione della salute con rappresentanti dei principali gruppi e programmi di promozione della salute</li> </ul>				
<b>La Rete delle Città sane dell'OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere l'adesione dei Comuni</li> <li>- collaborare nella diffusione dell'informazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aderire alla Rete</li> <li>- promuovere la conoscenza dei principi tra le comunità e le istituzioni</li> <li>- sviluppare alleanze e progetti di promozione della salute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sollecitare il coinvolgimento</li> <li>- collaborare alla definizione e alla realizzazione dei progetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sollecitare il coinvolgimento</li> <li>- collaborare alla definizione e alla realizzazione dei progetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- offrire dati epidemiologici</li> <li>- collaborare alla definizione e alla realizzazione dei progetti</li> </ul>

Tabella 1. (continua)

	REGIONE	ENTTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI	ALTRI SOGETTI	AZIENDE SANITARIE
<b>Le Reti dei Centri di documentazione per la salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- censire le risorse</li> <li>- promuovere collegamenti funzionali e informativi</li> <li>- orientare e collaborare con le proprie strutture</li> <li>- favorire l'accesso a professionisti e cittadini, in particolare a cittadini competenti</li> <li>- sperimentare servizi per la realizzazione dei PpS</li> <li>- realizzare attività formative per operatori dei centri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientare e collaborare con le proprie strutture</li> <li>- verificarne l'utilità nei PpS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verificarne l'utilità</li> <li>- sollecitare miglioramenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientare e collaborare con le proprie strutture creando un Sistema di documentazione aziendale</li> <li>- realizzare programmi di formazione e iniziative per facilitare l'accesso ai professionisti</li> </ul>
<b>La Rete degli Ospedali per la salute dell'OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere l'adesione alla Rete</li> <li>- produrre linee guida, incentivare le iniziative, promuovere valutazioni</li> <li>- promuovere il coordinamento regionale della Rete</li> <li>- organizzare formazione e informazione per i soggetti coinvolti</li> <li>- censire le esperienze e le risorse, facilitare l'accesso alla documentazione</li> <li>- favorire i collegamenti funzionali e informativi</li> <li>- produrre materiali informativi accreditati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture per produrre progetti più integrati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verificare l'utilità e il funzionamento</li> <li>- partecipare attivamente collaborando alla costruzione di opportunità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture per produrre progetti più integrati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppare la partecipazione alla Rete HPH definendo le responsabilità e le priorità, collegando le diverse strutture sanitarie e integrando la Rete con le strutture del Sistema</li> <li>- comunicazione</li> <li>- formare gli operatori coinvolti</li> <li>- sviluppare progetti su obiettivi prioritari</li> </ul>

Tabella 2. Chi può fare cosa: per favorire scelte consapevoli

	REGIONE (Assessorato sanità, strutture tecniche e altri Assessorati)	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI (decisori politici, volontari, associazioni, giornalisti, insegnanti, operatori sanitari, ...)	ALTRI SOGETTI (scuola, università, altre istituzioni e organizzazioni, ...)	AZIENDE SANITARIE (dirigenza, professionisti, strutture del Sistema comunicazione)
<b>La responsabilizzazione e le competenze comunicative degli operatori sanitari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produrre linee guida</li> <li>- organizzare attività di formazione specifiche per dirigenti, professionisti, operatori di front-office</li> <li>- valorizzare l'impegno, incentivare le iniziative e promuovere valutazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sollecitare azioni</li> <li>- promuovere la sperimentazione nei Pps</li> <li>- verificare l'efficacia</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- sollecitare azioni</li> <li>- verificare l'utilità</li> <li>- collaborare nei progetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valorizzare e incentivare l'impegno</li> <li>- attivare in modo coordinato le strutture del Sistema</li> <li>- comunicazione aziendale</li> <li>- sviluppare strumenti di comunicazione interna</li> <li>- coinvolgere gli operatori e offrire opportunità di formazione specifica (operatori di <i>front-office</i>, professionisti, ...)</li> </ul>
<b>La scelta delle priorità nei Piani per la salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produrre linee guida e favorire la sperimentazione</li> <li>- diffondere l'informazione su obiettivi di salute prioritari</li> <li>- realizzare attività di formazione per i soggetti coinvolti</li> <li>- documentare e valutare i risultati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definire modalità di partecipazione</li> <li>- offrire opportunità di accesso alla documentazione</li> <li>- organizzare modalità per la espressione dei giudizi</li> <li>- documentare e valutare i risultati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sollecitare il coinvolgimento</li> <li>- partecipare attivamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare nella sperimentazione</li> <li>- documentare e valutare i risultati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare nella sperimentazione</li> <li>- orientare i servizi e le azioni dei professionisti</li> </ul>

Tabella 2. (continua)

	REGIONE	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI	ALTRI SOGETTI	AZIENDE SANITARIE
<b>La diffusione di conoscenze sulla salute, sull'assistenza e sui servizi sanitari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere la realizzazione di ricerche sui bisogni informativi dei cittadini, sugli obiettivi di comunicazione per la salute e sulla valutazione dell'efficacia delle iniziative</li> <li>- produrre una rivista sui temi della salute e della sanità pubblica rivolta agli operatori della sanità e ai cittadini competenti</li> <li>- promuovere iniziative editoriali</li> <li>- promuovere e coordinare campagne informative</li> <li>- produrre e diffondere documenti di orientamento per scelte sulla salute e sull'assistenza</li> <li>- promuovere, coordinare e valutare l'efficacia dell'uso di Internet nella diffusione di conoscenze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare nella definizione e realizzazione dei progetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verificarne l'utilità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare nella definizione e realizzazione dei progetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coordinare le proprie strutture e armonizzarsi su scala regionale</li> <li>- collaborare nella definizione e realizzazione dei progetti</li> <li>- sperimentare iniziative di <i>empowerment</i> dei cittadini (vedi attività del Sistema comunicazione)</li> </ul>

Tabella 2. (continua)

	REGIONE	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI	ALTRI SOGGETTI	AZIENDE SANITARIE
<b>La comunicazione del rischio nelle scelte che hanno influenza sulla salute pubblica</b>	- produrre linee guida e favorire la sperimentazione di processi di comunicazione del rischio	- definire occasioni e modalità di partecipazione alle scelte su questioni rilevanti per la salute pubblica	- sollecitare il coinvolgimento partecipativo	- collaborare nella sperimentazione e valutare i risultati	- collaborare nella sperimentazione orientare i servizi e le azioni dei professionisti
	- facilitare l'accesso alla documentazione e diffondere l'informazione	- facilitare l'accesso alla documentazione	- partecipare attivamente	- valutare i risultati	- sperimentare processi di comunicazione del rischio su problemi delle strutture sanitarie
	- realizzare attività di formazione per gli operatori e di <i>empowerment</i> per i cittadini coinvolti	- organizzare modalità per la espressione dei giudizi			- organizzare corsi di <i>empowerment</i> per i cittadini coinvolti
	- documentare e valutare i risultati	- documentare e valutare i risultati			

Tabella 2. (continua)

	REGIONE	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI	ALTRI SOGGETTI	AZIENDE SANITARIE
<b>L'adozione di scelte consapevoli sulla assistenza individuale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produrre linee guida per la semplificazione del linguaggio degli strumenti informativi e per l'adozione di procedure appropriate di consultazione degli utenti</li> <li>- promuovere e coordinare progetti per le scelte consapevoli, in particolare nel campo degli <i>screening</i> oncologici e dei trapianti</li> <li>- facilitare l'accesso alla documentazione e diffondere l'informazione</li> <li>- realizzare attività di formazione per gli operatori coinvolti</li> <li>- documentare e valutare i risultati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare alla progettazione e realizzazione di iniziative nel campo degli <i>screening</i> oncologici e dei trapianti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- segnalare le situazioni critiche</li> <li>- proporre sperimentazioni e soluzioni</li> <li>- verificare l'applicazione delle procedure e i risultati</li> <li>- collaborare alla progettazione e realizzazione di iniziative nel campo degli <i>screening</i> oncologici e dei trapianti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare alla progettazione e realizzazione di iniziative nel campo degli <i>screening</i> oncologici e dei trapianti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- semplificare il linguaggio degli strumenti informativi</li> <li>- responsabilizzare e formare i professionisti</li> <li>- promuovere l'applicazione delle procedure appropriate per l'accesso alle informazioni</li> <li>- organizzare corsi di <i>empowerment</i> di gruppi di malati-utenti</li> <li>- verificare le procedure per il consenso informato e per la tutela dei diritti dei malati</li> </ul>



Tabella 3. Chi può fare cosa: per rafforzare e sviluppare il Sistema comunicazione

	REGIONE (Assessorato sanità, strutture tecniche e altri Assessorati)	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI (decisioni politici, volontari, associazioni, giornalisti, insegnanti, operatori sanitari, ...)	ALTRI SOGGETTI (scuola, università, altre istituzioni e organizzazioni, ...)	AZIENDE SANITARIE (dirigenza, professionisti, strutture del Sistema comunicazione)
<b>I Piani di comunicazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produrre linee guida e favorire l'armonizzazione</li> <li>- organizzare formazione per i soggetti coinvolti</li> <li>- incentivare le iniziative e promuovere valutazioni</li> <li>- predisporre e sostenere piani quadro su obiettivi di salute prioritari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sollecitare azioni</li> <li>- promuovere l'integrazione con i Pps</li> <li>- verificare l'efficacia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sollecitare azioni</li> <li>- verificare l'utilità</li> <li>- collaborare nei progetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sollecitare azioni</li> <li>- verificare l'utilità</li> <li>- collaborare nei progetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definire le strategie, le priorità e le risorse in funzione dei Pps e degli obiettivi di salute</li> <li>- definire il PdC coinvolgendo EELL, CCM e altri soggetti</li> <li>- coordinare le strutture del Sistema comunicazione aziendale</li> </ul>

Tabella 3. (continua)

	REGIONE	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI	ALTRI SOGGETTI	AZIENDE SANITARIE
<b>L'Ufficio relazioni con il pubblico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produrre linee guida</li> <li>- collaborare con le proprie strutture</li> <li>- promuovere, finanziare e coordinare progetti regionali di informazione tra cui il numero verde unico regionale per l'accesso telefonico agli URP</li> <li>- realizzare attività formative per gli operatori coinvolti</li> <li>- promuovere l'aggiornamento e la comunicazione della Carta dei servizi e degli impegni aziendali</li> <li>- emanare indirizzi per il monitoraggio e la gestione dei reclami</li> <li>- favorire i collegamenti funzionali e informativi</li> <li>- coordinare il CCRQ</li> <li>- curare i collegamenti con le iniziative per l'accreditamento e il miglioramento della qualità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture a un servizio più integrato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verificare l'utilità e il funzionamento</li> <li>- partecipare attivamente</li> <li>- sollecitare miglioramenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture a un servizio più integrato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppare e aggiornare la rete aziendale degli URP collegando le diverse strutture sanitarie e integrandosi con le Reti di URP esterni</li> <li>- promuovere l'uso del telefono e di Internet per l'accesso agli URP</li> <li>- fornire gli operatori coinvolti</li> <li>- promuovere il coinvolgimento dei CCM</li> <li>- curare la gestione dei reclami: modalità di partecipazione degli utenti e di risposta ai cittadini, sistema di monitoraggio delle ricadute organizzative sulle strutture e sui processi sanitari</li> <li>- realizzare indagini sulla soddisfazione dei cittadini</li> <li>- aggiornare e comunicare la Carta dei servizi e gli impegni aziendali verso i cittadini</li> </ul>

Tabella 3. (continua)

	REGIONE	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI	ALTRI SOGGETTI	AZIENDE SANITARIE
<b>L'Ufficio educazione alla salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produrre linee guida, incentivare le iniziative, promuovere valutazioni</li> <li>- costituire gruppi di coordinamento regionale per gli interventi nella scuola e negli ambienti di lavoro e per problemi di salute prioritari (AIDS, neoplasie, fumo, trapianti, ...)</li> <li>- organizzare formazione per i soggetti coinvolti</li> <li>- censire le esperienze e le risorse, facilitare l'accesso alla documentazione e promuovere l'adozione di metodi basati su prove di efficacia</li> <li>- favorire i collegamenti funzionali e informativi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture per produrre progetti più integrati soprattutto nei PPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verificare l'utilità e il funzionamento</li> <li>- partecipare attivamente collaborando alla costruzione di progetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture per produrre progetti più integrati soprattutto per alcuni interventi (scuola, ambienti di lavoro) e problemi di salute prioritari (AIDS, neoplasie, fumo, trapianti, ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppare gli Uffici per l'EaS collegandoli alle diverse strutture sanitarie e integrandoli con le altre strutture del Sistema comunicazione</li> <li>- promuovere l'adozione di metodi e tecniche basati su prove di efficacia</li> <li>- formare gli operatori sanitari coinvolti</li> <li>- promuovere il coinvolgimento dei malati e dei cittadini interessati</li> <li>- realizzare indagini sulla efficacia delle iniziative</li> </ul>

Tabella 3. (continua)

	REGIONE	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI	ALTRI SOGETTI	AZIENDE SANITARIE
<b>Lo Sportello per la prevenzione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produrre linee guida, incentivare iniziative, promuovere valutazioni</li> <li>- promuovere il coordinamento di una Rete regionale</li> <li>- organizzare formazione e informazione per i soggetti coinvolti</li> <li>- censire le esperienze e le risorse, facilitare l'accesso alla documentazione</li> <li>- favorire i collegamenti funzionali e informativi</li> <li>- organizzare gruppi di esperti per area tematica e produrre <i>focal point</i> informativi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture per produrre progetti più integrati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verificare l'utilità e il funzionamento partecipando attivamente collaborando alla costruzione di opportunità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare con le proprie strutture per produrre progetti più integrati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- costruire lo Sportello per la prevenzione con il diretto coinvolgimento del Dipartimento di prevenzione: definire le responsabilità e le priorità, collegare le diverse strutture sanitarie, integrare lo sportello con le altre strutture del Sistema comunicazione</li> <li>- formare gli operatori coinvolti</li> <li>- sviluppare progetti su obiettivi prioritari</li> <li>- sperimentare corsi di <i>empowerment</i> per cittadini competenti</li> </ul>

Tabella 3. (continua)

	REGIONE	ENTI LOCALI	CITTADINI COMPETENTI	ALTRI SOGGETTI	AZIENDE SANITARIE
<b>L'Ufficio stampa/ comunicazione</b>	- produrre linee guida, incentivare le iniziative, promuovere valutazioni	- collaborare con le proprie strutture per produrre progetti più integrati soprattutto nei Pps	- verificare l'utilità e il funzionamento	- partecipare attivamente collaborando alla costruzione di opportunità	- sviluppare gli Uffici stampa, collegati con le diverse articolazioni aziendali e integrati con le altre strutture del Sistema comunicazione
	- coordinare il Gruppo regionale per la comunicazione in sanità	- organizzare attività di formazione e informazione per i media			- formare gli operatori coinvolti
	- censire le esperienze e le risorse, facilitare l'accesso alla documentazione			- sviluppare progetti di Pps e per obiettivi prioritari di salute	- sviluppare progetti di collaborazione con gli organi di informazione per valorizzare le azioni di promozione della salute e di sviluppo dei servizi al cittadino
	- favorire i collegamenti funzionali e informativi				
	- costituire un osservatorio regionale su media e sanità				
	- produrre materiali informativi accreditati				
<b>L'integrazione del Sistema comunicazione</b>	- emanare indirizzi per definire un quadro coerente del Sistema comunicazione: ruoli, rapporti interni, forme di coordinamento				- realizzare il Sistema comunicazione aziendale, definire ruoli, collegamenti organizzativi e meccanismi di coordinamento tra le diverse strutture
	- istituire flussi informativi di monitoraggio del Sistema, censimento progetti e risorse				- sviluppare rapporti di collaborazione tra articolazioni aziendali e Sistema
	- promuovere il coordinamento interaziendale e le sinergie del Sistema				- partecipare ai coordinamenti regionali



## BIBLIOGRAFIA

Ardigò A., "La popolazione degli utenti in cerca di cure sanitarie come sistema sociale e la loro domanda di salute". *Tendenze nuove*, gennaio-febbraio: 29-30, 1999.

Coiera E., "Information epidemics, economics, and immunity on the internet". *BMJ*, 317: 1469-1470, 1998.

Coulter A., Entwistle V., Gilbert D., "Sharing decisions with patients: is the information good enough?". *BMJ*, 318: 318-322, 1999.

D'Arrigo R., Corciolani E., Aruffo V., Scarnato C., Corrado G., Biocca M., *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Catalogo 1995-1997*. (2 volumi), Collana *Dossier*, Regione Emilia-Romagna - CDS, n. 40, 1999.

De Rita G., "Gli scenari futuri". *Salute e territorio*, 110: 232-235, 1998.

Domenighetti G., "I consumatori scientificamente informati". *Salute e territorio*, 112/113: 26-30, 1999.

Domenighetti G., Luraschi P., Casabianca A., Gutzwiller F., Spinelli A., Pedrinis E., Repetto F., "Misura dell'effetto dell'informazione al pubblico sui tassi di incidenza dell'isterectomia nel Canton Ticino (1977-1986)". *Epid Prev*, 17: 145-152, 1993.

Eysenbach G., Diepgen T.L., "Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling and filtering of information". *BMJ*, 317: 1496-1502, 1998.

Gray P.C.R., Stern R.M., Biocca M., *Communicating about risk to environment and health in Europe*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Kluwer Academic Publisher, 1997.

Green L.W., George M.A., Daniel M., Frankish C.J., Herbert C.J., Bowie W.R., O'Neill M., *Study of participatory research in health promotion: review and recommendation for the development of participatory research in health promotion in Canada*. The Royal Society of Canada, Ottawa. 1995.

Grilli R., Freemantle N., Minozzi S., Domenighetti G., Finer D., "Mass media interventions: effects on health services utilization (Cochrane review)". *Cochrane Library*, Issue 3, 1999.

Hoffman J.R., Wilkes M., "Direct to consumer advertising of prescription drugs". *BMJ*, 318: 1301-1302, 1999.

Kassirer J.P., "The next transformation in the delivery of health care". *New Eng J Med*, 332: 52, 1995.

Liberati A. (a cura di), *La medicina delle prove di efficacia: potenzialità e limiti della "Evidence Based Medicine"*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.

Martini M., Simonelli F., Manghi I. e Pieroni G., "La partecipazione come azione aziendale strategica per un progetto di salute della comunità". *Tendenze nuove*, luglio-settembre: 11-20, 1998.

Meucci G., "Una diversa medicina". *Salute e territorio*, 110: 238-240, 1998.

Pencheon D., "Matching demand and supply fairly and efficiently". *BMJ*, 316: 1665-1667, 1998.

Pissarro B., "La communication peut-elle réduire les inégalités?". In *Du bon usage de la communication en éducation pour la santé*. CFES, pp. 49-54, 1998.

Richards T., "Partnership with patients". *BMJ*, 316: 85-86, 1998.

Rogers A., Entwistle V., Pencheon D., "A patient led NHS: managing demand at the interface between lay and primary care". *BMJ*, 316: 1816-1819, 1998.

Satolli R., *Per la medicina in crisi un rimedio: l'informazione*. Telèma, estate 1997.



**PUBBLICAZIONI A CURA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
NEL SETTORE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO**

**Collana "DOSSIER"**

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (\*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (\*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (\*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991. (\*)
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993. (\*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.

---

**(\*) volumi disponibili presso il CDS**

18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992*, Bologna, 1994. (\*)
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992*, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi*, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992*, Ravenna, 1994. (\*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993*, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993*, Bologna, 1995. (\*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1996. (\*)
28. *Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (\*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP*, Ravenna, 1997. (\*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (\*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (\*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998.  
(\*)

38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (\*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997*, Ravenna, 1999. (\*)
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*, Ravenna, 2000. (\*)
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999*, Ravenna, 2000. (\*)
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione*, Ravenna, 2000. (\*)
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna*, Ravenna, 2000. (\*)
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*, Ravenna, 2000. (\*)
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (\*)
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (\*)
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna*, Ravenna, 2000. (\*)
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
53. *Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
54. *La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)

## Collana "CONTRIBUTI"

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983. (\*)
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia, Vignola*, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna, Correggio*, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989. (\*)

23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989, Langhirano, 1990. (\*)*
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico, Bologna, 1990.*
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti, Modena, 1990.*
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Da un corso di formazione per i nuovi operatori, Forlì, 1991. (\*)*
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione, Correggio, 1992. (\*)*
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione, Bologna, 1992.*
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni, Modena, 1992.*
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna, Ferrara, 1993.*
31. *Salute e sicurezza nella scuola, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
33. *Il dipartimento di prevenzione, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età, Carpi (MO), 1993. (\*)*
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna, Bologna, 1993.*
36. *Salute e ambiente, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2, Bologna, 1994.*
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale, Fidenza, 1994.*
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna, Rimini, 1994. (\*)*
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative, Ravenna, 1994.*
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione degli interventi educativi, Parma, 1995.*
42. *I tumori in Emilia-Romagna, Modena, 1997. (\*)*

