



"Sono Adriana Romano responsabile della Medical Information in Merqurio. Con questo articolo ho il piacere di condividere alcune evidenze emerse nel mio recente talk sul Medical Content Strategico."

SCRIVIMI

Medical Content Strategico: da contenuto approvato a contenuto che genera valore

Accuratezza scientifica, *compliance* e approvazione rappresentano requisiti imprescindibili della comunicazione medico-scientifica. Ma sono sufficienti a rendere un contenuto realmente utile?

Nell'attuale scenario, segnato da sovraccarico informativo e crescente digitalizzazione, il *Medical Affairs* è chiamato a superare una logica centrata sulla sola produzione di materiali, per progettare contenuti capaci di rispondere a bisogni concreti e contribuire a generare valore per gli *stakeholder*. Il passaggio da contenuto approvato a contenuto strategico non consiste nel ridimensionare il rigore scientifico, bensì nell'ampliarne la prospettiva: un contenuto deve essere corretto, ma anche rilevante, accessibile, utilizzabile e inserito in un percorso di comunicazione coerente. È questo il filo conduttore del *MedEx Talk* dedicato al *Medical Content* strategico.

Perché ripensare il Medical Content?

Il *Medical Affairs* sta evolvendo da funzione prevalentemente di supporto scientifico a partner sempre più strategico, orientato ai bisogni degli *stakeholder* e al contributo che le proprie attività possono offrire ai risultati di salute. A questo cambiamento si accompagna il passaggio da contenuti reattivi a un *engagement* guidato da dati e *insight*, e da indicatori focalizzati sugli *output* a metriche che cercano di comprendere il valore generato.

Parallelamente, i professionisti sanitari (*HCP*) operano in un contesto di *information overload*: pubblicazioni, evidenze cliniche, linee guida e aggiornamenti si moltiplicano, mentre il tempo disponibile per cercare e valutare informazioni rimane limitato. L'informazione medico-scientifica deve quindi essere **affidabile, rilevante, accessibile e disponibile nel momento del bisogno**. La sfida non è semplicemente produrre più informazione, ma ridurre lo sforzo richiesto all'*HCP* per individuare quella pertinente.

La digitalizzazione ha inoltre trasformato il modo in cui gli *HCP* accedono alla conoscenza. **Congressi, interazioni con gli MSL, webinar, siti Medical e touchpoint digitali possono costituire momenti diversi di un'unica esperienza scientifica**. Tuttavia, la disponibilità di molti canali non garantisce, di per sé, una comunicazione integrata. I dati richiamati nel *talk* illustrano un ulteriore paradosso: meno della metà delle interazioni con gli *HCP* utilizza contenuti scientifici approvati e quasi l'80% dei contenuti approvati non viene condiviso con gli *stakeholder*. Si tratta di dati riferiti al contesto analizzato, ma utili a evidenziare la distanza possibile tra produzione e utilizzo. **Un contenuto può essere scientificamente eccellente e tuttavia non raggiungere il destinatario che potrebbe beneficiarne**.

Partire dal bisogno: dagli insight alla content strategy

Il primo cambiamento riguarda il punto di partenza. Un approccio tradizionale, *topic-driven*, chiede: «Di cosa vogliamo parlare?». Si seleziona l'argomento, si produce il materiale e infine si decide come distribuirlo. **Un approccio strategico, need-driven, inverte questa sequenza: prima si comprende il bisogno dell'HCP, poi si interpretano gli insight, si definisce l'obiettivo e si sviluppa il contenuto più appropriato**.



Figura 1. Dall'approccio topic-driven a quello need-driven: il bisogno informativo dell'HCP guida la definizione dell'obiettivo del contenuto. Fonte: elaborazione presentata nel MedEx Talk, su riferimento McKinsey & Company.

I bisogni emergono da fonti diverse: richieste di *Medical Information*, interazioni degli *MSL*, *advisory board*, congressi, confronto con gli *HCP* e comportamento digitale. Ciascuna osservazione, però, non rappresenta già un *insight*. Quest'ultimo prende forma quando consente di comprendere un ostacolo alla conoscenza, all'interpretazione dei dati o all'applicazione delle evidenze.

È utile distinguere, ad esempio, tra *knowledge gap* (un'evidenza non conosciuta), *understanding gap* (un dato conosciuto ma non pienamente compreso), *misconception* (un'interpretazione non allineata alle evidenze) e *practice gap* (una barriera all'applicazione clinica). **Ogni situazione suggerisce una risposta comunicativa diversa: educare, spiegare e visualizzare, chiarire oppure contestualizzare**. L'obiettivo dovrebbe essere formulato fin dall'inizio anche in termini verificabili: che cosa vogliamo che il destinatario sappia, comprenda o sia maggiormente in grado di valutare dopo l'interazione?

Dai singoli canali a un'esperienza scientifica integrata

La progettazione di un contenuto non può essere separata dal contesto in cui verrà utilizzato. È qui che emerge la **differenza tra multichannel e omnichannel**. Nel primo modello sono disponibili più canali, che possono tuttavia funzionare in modo indipendente; nel secondo, canali e interazioni vengono coordinati intorno alle esigenze dell'*HCP*, all'interno di un'esperienza coerente.

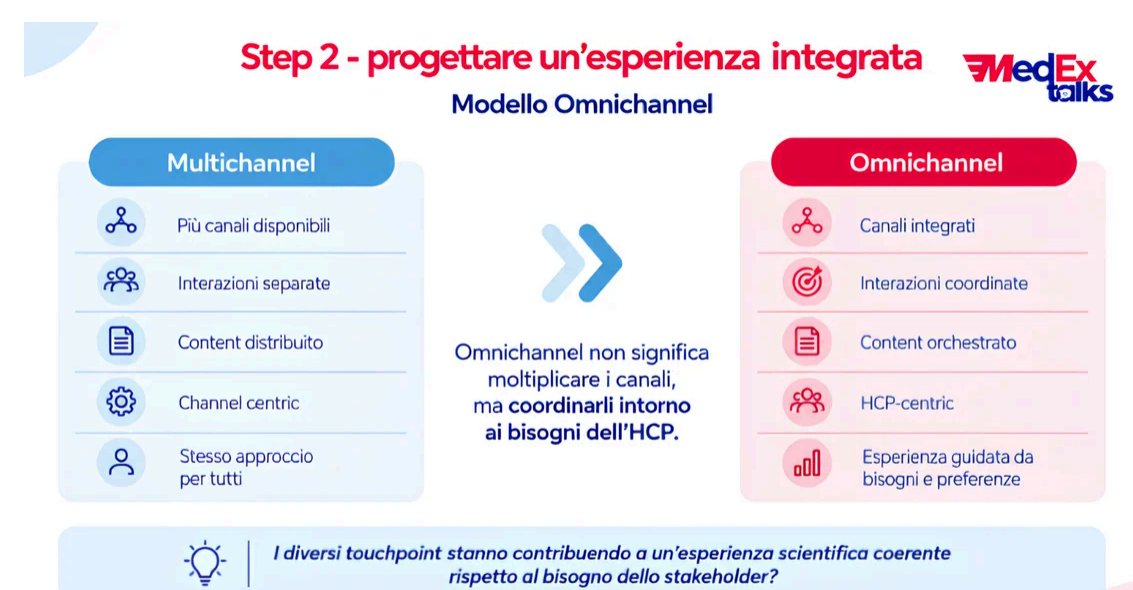


Figura 2. Multichannel e omnichannel: dalla presenza su più canali alla loro integrazione intorno ai bisogni dell'HCP. Fonte: elaborazione presentata nel MedEx Talk

Sul piano operativo, questa logica richiede di considerare congiuntamente tre dimensioni: **right content, right channel e right moment**. Non basta identificare un'evidenza scientifica di interesse: occorre scegliere il livello di approfondimento adeguato, il *touchpoint* più utile (*in presenza, da remoto o digitale*) e il momento in cui l'informazione può risultare maggiormente pertinente. Si può immaginare uno *scientific journey* nel quale un contenuto digitale anticipi un congresso, un quesito emerso durante il congresso venga approfondito con un *MSL* e successivamente trovi risposta attraverso un *follow-up*, un *webinar* o un *Medical Website*. **Il valore nasce dalla continuità della relazione scientifica, non dalla mera somma di singole attività**.

Personalizzare la fruizione senza frammentare il messaggio scientifico

L'evoluzione verso un *Medical Content* più strategico richiede anche di superare l'approccio *one-size-fits-all*. **Personalizzare non significa modificare la scientific truth in funzione dell'interlocutore, ma rendere le medesime evidenze più rilevanti e fruibili rispetto alle esigenze informative dei diversi stakeholder**. La personalizzazione può riguardare il contenuto scientifico selezionato, il grado di approfondimento, il formato e il momento o canale di fruizione. Un *HCP* che desideri orientarsi rapidamente può beneficiare di una *visual summary*; per spiegare un concetto complesso può essere più adatto un video; un approfondimento analitico può richiedere una pubblicazione o uno *scientific deck*; il confronto con esperti può essere sostenuto da *webinar* o discussioni in diretta.



Figura 3. Quattro dimensioni della personalizzazione: contenuto, approfondimento, formato e momento/canale. Fonte: elaborazione presentata nel MedEx Talk

La differenziazione delle esperienze deve tuttavia mantenere una base scientifica condivisa. Una *scientific narrative* coerente, allineata alla *Medical Strategy*, può alimentare contenuti per *Medical Information*, *Medical Education*, congressi, pubblicazioni e canali digitali. Il principio è semplice: **una base scientifica comune, diversi contenuti e diversi touchpoint. Si personalizza l'accesso all'informazione, non la sua correttezza scientifica**.

Dal contenuto come output al contenuto come asset

Considerare il *Medical Content* come un *asset* strategico significa superare la logica del singolo deliverable e valorizzarne l'intero ciclo di vita, dalla creazione all'aggiornamento e al riutilizzo. **In questa prospettiva, la gestione dei contenuti scientifici può essere guidata dai principi FAIR: Findable (reperibile), Accessible (accessibile), Interoperable (integrabile) e Reusable (riutilizzabile)**.



Figura 4. I principi FAIR applicati alla gestione dei contenuti scientifici: Findable, Accessible, Interoperable e Reusable.

L'approvazione non rappresenta quindi la conclusione del processo, ma il punto di partenza per generare valore attraverso contenuti scientifici aggiornati, coerenti e riutilizzabili.

Dal contenuto come output al contenuto come asset

L'ultimo passaggio consiste nello spostare l'attenzione da ciò che viene prodotto a ciò che accade dopo la distribuzione. Numero di materiali, eventi e interazioni sono metriche importanti per quantificare l'attività, ma non dimostrano da sole l'efficacia educativa né l'impatto della comunicazione scientifica. Una prima distinzione utile è quella tra *breadth* e *depth*: la prima considera ampiezza e distribuzione della *reach*, la seconda il livello di approfondimento dei *topic* e dei bisogni affrontati. Per avvicinarsi alla valutazione del valore occorre osservare, con metriche adeguate, una progressione dalla *reach* all'*engagement*, dal valore percepito alla comprensione delle evidenze, fino all'eventuale contributo al cambiamento.



Figura 5. Il framework di valutazione del Medical Content: dall'osservazione dell'attività alla comprensione del contributo al knowledge gap e alla strategia successiva. Fonte: elaborazione presentata nel MedEx Talk.

Visualizzazioni e *download* segnalano che il materiale è stato raggiunto; tempo di fruizione e interazioni suggeriscono coinvolgimento; *feedback* e richieste di approfondimento aiutano a valutare l'utilità percepita. Per comprendere se un *knowledge gap* sia stato affrontato servono invece strumenti più vicini all'apprendimento, come valutazioni dedicate e osservazioni qualitative. È opportuno parlare di contributo all'impatto, più che di attribuzione causale: nei processi educativi e clinici un singolo contenuto agisce raramente in isolamento. **La misurazione diventa così parte di un processo di continuous learning: dai bisogni iniziali si passa ad obiettivi, contenuti, engagement e analisi dei risultati; le evidenze raccolte generano nuovi insight che alimentano la strategia**. Non si tratta di una sequenza che termina con la pubblicazione, ma di un sistema che ascolta, progetta, misura e si adatta.

Conclusione

Un *Medical Content* strategico non è semplicemente un contenuto corretto, conforme e approvato. È un contenuto progettato a partire da un bisogno reale, inserito in un'esperienza scientifica integrata, personalizzato nella fruizione senza alterare la base delle evidenze, gestito come patrimonio riutilizzabile e valutato rispetto al valore che può contribuire a generare. Il patrimonio è quindi tanto organizzativo e culturale quanto digitale. La domanda guida non è più soltanto «Che cosa abbiamo prodotto?», ma «A quale bisogno abbiamo risposto e che cosa abbiamo contribuito a migliorare?». In questo passaggio, il *Medical Content* smette di essere l'esito finale di un'attività e diventa uno strumento della strategia *Medical Affairs*.