

Il marketing nelle aziende sanitarie pubbliche: realtà o illusione?¹

di Andrea Paltrinieri

Dirigente Responsabile Ufficio Marketing Sociale, Istituto Ortopedico Rizzoli

1. Il marketing nelle aziende sanitarie pubbliche: una funzione in cerca di identità

Nella sanità pubblica il marketing è una funzione introdotta negli anni più recenti e tuttora presente in un numero limitato, anche se in crescita, di aziende. Occorre riconoscere, tuttavia, che i contenuti di tale funzione cambiano spesso da azienda ad azienda evidenziando l'assenza di un profilo chiaro ed univoco del marketing nella sanità. Una delle poche indagini empiriche sulla funzione di marketing nelle aziende sanitarie pubbliche [Giovoni *et al.* 2003] ha in effetti rilevato sia una situazione eterogenea per quanto riguarda i contenuti della funzione di marketing, sia un generalizzato basso grado di istituzionalizzazione delle attività di marketing. In un campione di 28 aziende sanitarie (11 Asl e 17 aziende ospedaliere; di cui 21 lombarde) 18 disponevano di una funzione di marketing riconoscibile dal punto di vista organizzativo, anche se spesso tale funzione risultava essere associata ad altre funzioni (comunicazione, relazioni con il pubblico, servizi per l'accesso, ecc.), evidenziando in tal modo un basso livello di istituzionalizzazione. Solo in 2 casi su 28 era istituita un'apposita unità organizzativa con specifiche competenze di marketing analitico. Questa fragilità sul piano della struttura organizzativa era confermata sul piano dei processi organizzativi. Solo in un numero limitato di aziende (5 su 28) le attività analitico-conoscitive, prima fase di un corretto processo di marketing, risultavano effettivamente propedeutiche alle fasi successive (pianificazione strategica, operatività, valutazione e rendicontazione). Nella maggior parte dei casi osservati le analisi riconducibili al marketing non alimentavano il processo aziendale di marketing, ma producevano input per altre attività interne od esterne. Poco frequenti (8 aziende su 28) risultavano anche le aziende impegnate nella definizione di politiche ed azioni di marketing a livello di prodotto (prevalentemente campagne di prevenzione e libera professione), mentre anche le attività della fase operativa del marketing risultavano generalmente poco sviluppate: "nelle aziende osservate le attività di segmentazione, differenziazione e posizionamento sono in generale scarsamente sviluppate." [Giovoni *et al.* 2003, 431] In sostanza l'indagine rilevava la mancanza di un completo processo di marketing, una generale debole integrazione tra le fasi processuali presenti, un debole sviluppo del marketing operativo a livello di prodotto, una indicativa commistione tra funzione di marketing e funzione di comunicazione.² Forse ancora più indicativa della situazione del marketing nelle aziende sanitarie pubbliche è l'eterogeneità delle attività che sono ricondotte a questo termine: in alcune aziende ospedaliere il marketing è inteso come marketing dei servizi e delle prestazioni sanitarie, spesso relativo all'attività libero professionale; in altre aziende sanitarie la funzione di marketing è inglobata nelle normali attività dell'Urp (in tal caso sono enfatizzate le attività di rilevazione della soddisfazione degli utenti) o dell'Ufficio Comunicazione (in tal caso sembra potersi parlare di un marketing istituzionale od anche di un *brand marketing* solo in senso lato); in alcune aziende sanitarie il marketing è inteso come marketing *sociale*, ovvero – seguendo Kotler e Roberto [1991] – come promozione del cambiamento volontario di comportamenti (ad esempio promozione di stili di vita salutistici), anche se non mancano aziende dove il marketing sociale è inteso essenzialmente come *fundraising*.

¹ Questo saggio, con il titolo *L'area funzionale del marketing*, è pubblicato in D'Innocenzo M. e Vanara F. (a cura di), *Il governo dell'azienda sanitaria*, Collana editoriale Fondazione Smith Kline – Il Mulino, Bologna, 2008.

² Quest'ultimo aspetto – la commistione di comunicazione e marketing – non è un aspetto esclusivo della realtà italiana. Anche Berkowitz [1996, 296] rileva, con riferimento al contesto Usa, una frequente sovrapposizione tra le attività di *public relations* e le attività di marketing.

L'attività prevalente della funzione marketing in 18 aziende sanitarie pubbliche

| | Libera Professione | Promozione dell'immagine | Marketing aziendale | Posizionamento di prodotto | Marketing sociale | Fund raising |
|-----|--------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|--------------|
| ASL | 3 | - | 1 | - | 2 | - |
| AO | 4 | 3 | 3 | 1 | - | 1 |

Fonte: Giovoni *et al.* 2003, 439.

Già solo il dato di fatto di una tale eterogeneità delle attività ricondotte al termine marketing evidenzia un problema di identità della funzione marketing nelle aziende sanitarie pubbliche. E' importante interrogarsi sulle ragioni che nel contesto del Ssn italiano determinano una siffatta incerta identità del marketing, anche in considerazione del fatto che tale situazione difficilmente può essere imputata esclusivamente ad un ritardo culturale rispetto a paesi in cui l'organizzazione della sanità fa riferimento da più tempo a principi di concorrenza tra *providers* ed a modelli aziendali per l'organizzazione dei servizi sanitari.

2. Fattori di fragilità del marketing nelle aziende sanitarie pubbliche

Le limitate rassegne sul marketing nelle aziende pubbliche del Ssn [Cosmi e De Pietro 2002; Giovoni *et al.* 2003] rilevano sia una marcata eterogeneità delle attività svolte nell'ambito della funzione marketing, sia un limitato sviluppo della funzione, ad esempio nel senso di una debole integrazione delle fasi canoniche del processo di marketing, di una incompletezza del processo aziendale di marketing, di un impiego non sistematico del marketing, ovvero del solo ricorso ad alcune selezionate metodologie o tecniche del marketing. Con ogni probabilità queste caratteristiche sono dovute a diversi fattori, tra cui (1) l'assenza di incentivi chiari e solidi che spingano le aziende sanitarie pubbliche ad implementare una funzione di marketing; (2) il mancato chiarimento degli obiettivi auspicabili e delle potenzialità del marketing nel peculiare contesto di un sistema sanitario finanziato pubblicamente e realizzato essenzialmente tramite aziende pubbliche in un regime di quasi-mercato. L'assenza di una adeguata teoria del marketing per le aziende del Ssn e di chiari incentivi istituzionali si traduce, inoltre, in una accresciuta difficoltà ad implementare una funzione essenzialmente manageriale come quella del marketing in organizzazioni in cui le figure professionali hanno un ruolo di rilievo, come nel caso delle aziende sanitarie. Come ricordano Cosmi e De Pietro [2002, 58], "in organizzazioni professionali, la gestione della domanda è soprattutto in mano ai professionisti, autonomi nelle decisioni diagnostiche terapeutiche e non sempre riconducibili a logiche organizzative." Inoltre la produzione di servizi da parte di professionisti implica, per sua stessa natura, l'impiego di un sapere tecnico-professionale che non è a disposizione del management aziendale. Su questo aspetto si gioca anche il potere dei professionisti di influenzare l'adozione o meno di innovazioni che riguardano non solo gli aspetti *core* del servizio, ma anche di quelli "di contorno" come gli stili relazionali, un'organizzazione centrata sul paziente, sistemi di accesso *user-friendly*, contesti curati ed accoglienti – elementi che possono diventare oggetto di riprogettazione proprio nell'ambito del marketing. Tuttavia anche la modifica di tali aspetti si colloca sul terreno di un rapporto anche di potere tra managers e professionisti che tocca dunque la capacità aziendale di implementare attività di marketing dei servizi sanitari.

(1) Il termine *marketing* prende origine dal termine inglese *market* cui viene aggiunta la desinenza del gerundio per indicare la partecipazione attiva, ovvero l'azione sul mercato stesso. L'origine del termine tradisce una connessione costitutiva tra marketing e mercato (*market*), ovvero l'insieme degli scambi economici che intervengono tra acquirenti e venditori di beni e servizi. Il marketing, in effetti, può essere inteso come l'insieme delle attività pianificate dall'azienda al fine di promuovere la vendita di beni o servizi, generare di conseguenza utili da cui attingere per investimenti ed in tal

modo mantenere ed anzi accrescere la competitività. Di norma l'attività di marketing comprende l'identificazione dei bisogni e dei desideri dei consumatori (tramite analisi di mercato, rilevazione dei bisogni e del grado di soddisfazione dei prodotti esistenti, segmentazione della clientela, definizione del target, ecc.), la progettazione e realizzazione di prodotti o servizi in grado di soddisfare tali bisogni, la determinazione dei criteri per fissare il prezzo, pubblicizzare, promuovere e distribuire il prodotto o servizio [Stanton e Varaldo 1986]. Lo sviluppo della funzione marketing nelle imprese è parte di una strategia di mercato che può definirsi proattiva, ovvero in cui l'azienda ha un ruolo propositivo nei confronti dei bisogni dei consumatori di beni o degli utenti di servizi. Si parla pertanto di *orientamento al marketing*, ad esempio in contrapposizione ad un *orientamento alle vendite*, quando la definizione delle caratteristiche del prodotto o servizio e delle modalità di promozione e vendita diventa un'attività *riflessiva*, ovvero oggetto costante di analisi, pianificazione, modifica. Tuttavia, se è lo "stare sul mercato" che impone alle imprese di sviluppare una funzione di marketing ne consegue che laddove viene meno il mercato come contesto istituzionale dell'operare aziendale, si indebolisce lo stimolo al marketing. Si tratta, in altri termini, di riconoscere che l'assunzione di un orientamento al marketing non è un dato di fatto naturale, ma piuttosto la conseguenza di una precisa caratterizzazione del contesto aziendale: l'operare in un regime di concorrenza. In effetti è il profondo processo di deregolamentazione che ha caratterizzato il settore dei servizi negli Usa negli anni '80 – trasporto aereo, servizi finanziari, sanità, telecomunicazioni, ecc. – ad aver determinato l'assunzione del marketing dei servizi come un elemento strategico ai fini della competizione aziendale. Per converso, occorre allora interrogarsi se non sia la mancanza di una reale situazione concorrenziale o, più in generale, la mancanza di una reale situazione di mercato a determinare il peso relativamente contenuto della funzione di marketing nelle aziende sanitarie. Ricorrendo ad una formula ad effetto si potrebbe affermare che l'introduzione, nell'organizzazione complessiva del Ssn, di elementi di "concorrenza amministrata" o di "*quasi-markets*" non avrebbe potuto determinare se non lo sviluppo di un "*quasi-marketing*" (nel senso di una applicazione depotenziata del marketing convenzionale). In effetti la riforma del Ssn attuata con il D.Lgs. n.502/1992 e successive modifiche ed integrazioni procede certamente nella direzione di aprire spazi per l'introduzione di una funzione di marketing nelle nuove aziende sanitarie, ma si tratta, probabilmente, di spazi-opportunità abbastanza contenuti. La trasformazione delle Usl in aziende, la (debole) separazione della funzione di committenza da quella di produzione dei servizi sanitari, la conseguente (limitata) concorrenza tra i fornitori (pubblici o privati accreditati) sono certamente elementi che dischiudono opportunità di implementazione del marketing dei servizi sanitari, ma ciò avviene in misura alquanto limitata proprio in conseguenza della debole caratterizzazione del Ssn come *mercato* sanitario. Al proposito occorre tuttavia osservare che il quadro normativo tracciato dal D.Lgs. n.502/1992, poi rafforzato dalla modifica al titolo V della Costituzione con l'individuazione della sanità quale materia di legislazione concorrente tra stato e regioni, lascia alle regioni la possibilità di declinare organizzativamente il principio della concorrenza amministrata. Ciò ha aperto la possibilità, poi effettivamente praticata, di accentuare o meno l'aspetto della competizione tra fornitori (sia pubblici che privati accreditati) ed il ruolo di governo dell'offerta di servizi e prestazioni assegnato alle Asl. La conseguente differenziazione regionale, con il servizio sanitario regionale della Lombardia e quello dell'Emilia-Romagna che costituiscono le polarità estreme, non è certamente indifferente rispetto al rilievo che ne consegue per l'attivazione di una funzione aziendale di marketing. I tre tipi di modelli di concorrenza amministrata delineati da France e Arcangeli [1996], ovvero il modello della *Usl-terzo pagatore*, il modello della *Usl-sponsor* ed il modello della *Usl-programmatore*, in quanto consentono gradi diversi di libertà di scelta dell'utente e di concorrenza tra i diversi *providers* di prestazioni sanitarie, dischiudono in effetti opportunità differenti per l'applicazione e lo sviluppo di una funzione di marketing aziendale.

(2) In secondo luogo occorre riconoscere che la caratterizzazione ancora oggi prevalente del marketing tradisce un preciso riferimento all'ambito delle imprese produttrici di beni tangibili. Il marketing ha infatti storicamente origine nelle grandi aziende produttrici di beni ed operanti in

mercati concorrenziali. Questo dato di fatto è riflesso anche nella storia della disciplina: per lungo tempo la teoria del marketing si è focalizzata sul settore di origine – le aziende produttrici di beni – trascurando altri settori dell'economia moderna: in primo luogo il settore dei servizi. Il marketing in quanto disciplina scientifica ha in effetti costruito la propria identità ed i propri strumenti teorico-concettuali in riferimento alla problematica della commercializzazione di beni tangibili. Solo negli anni '70 si afferma in modo inequivocabile il riconoscimento della specificità di un *marketing dei servizi*, conseguenza delle differenze esistenti nella produzione e commercializzazione di servizi rispetto alla produzione e commercializzazione di beni. Si riconosce allora che gli schemi tradizionali della teoria del marketing non sono automaticamente trasferibili alle imprese produttrici di servizi - anche se il modello teorico che si afferma sembra risentire ancora del paradigma, per lungo tempo dominante, del marketing commerciale [Vargo e Lusch 2004]. Diversamente dai prodotti i servizi sono essenzialmente immateriali od intangibili – un aspetto che si contrappone alla fisicità dei beni materiali. Ciò comporta che la loro qualità e le loro caratteristiche possono essere correttamente apprezzate solo al momento della loro fruizione, non precedentemente. I servizi, inoltre, sono inseparabili dalla persona che li presta e richiedono la contestualità tra produzione e fruizione – un fatto che implica la loro “deperibilità”, nel senso che non possono essere immagazzinati. Essi sono anche più difficilmente standardizzabili, ovvero sono soggetti a maggiore variabilità di produzione rispetto ai beni (caratteristica dell'eterogeneità della produzione di servizi). Tutti questi aspetti modificano in modo sostanziale le modalità del marketing. Ad esempio, proprio perché i servizi sono “prodotti” intangibili e la loro qualità non è verificabile antecedentemente alla fruizione, la reputazione dell'azienda diviene un fatto assolutamente rilevante nel determinarne il successo sul mercato. Le significative differenze relative all'oggetto giustificano il fatto di considerare il *marketing dei servizi* come un marketing con una sua specificità [Kotler e Clarke 1987]. Anche nel marketing dei servizi, tuttavia, permane spesso un'assunto di fondo che lo rende inadeguato rispetto alle aziende sanitarie pubbliche. Si tratta dell'assunto secondo cui le aziende a cui la teoria del marketing si rivolge operano in un contesto di mercato. Ciò è certamente vero in alcuni paesi, ad esempio negli Usa, ma non lo è in quei paesi dove invece l'assistenza sanitaria è garantita da un servizio sanitario finanziato pubblicamente ed in cui operano prevalentemente aziende pubbliche, come nel caso italiano. Il marketing del settore sanitario tratteggiato dai principali autori statunitensi [Kotler e Clarke 1987; Berkowitz 1996] ed a volte ripreso anche nella scarsa letteratura italiana sul tema è in effetti un marketing indissolubilmente legato ad un contesto di mercato e che pertanto mal si adatta ad assetti istituzionali differenti. Da ciò consegue l'esigenza di sviluppare ed articolare ulteriormente la teoria del marketing così da renderla in grado di prestare attenzione alle differenze significative non solo relativamente all'oggetto (marketing dei servizi *versus* marketing dei beni), ma anche al contesto istituzionale (marketing per aziende operanti in un sistema sanitario finanziato pubblicamente ed organizzato secondo principi di quasi-mercato *versus* marketing per aziende operanti in contesti di mercato). In effetti solo di recente, ritenendo insoddisfacente un semplice adattamento del marketing convenzionale al settore sanitario, è stato intrapreso il tentativo di un più radicale ripensamento del marketing per le organizzazioni di un sistema sanitario nazionale pubblico [Sheaff 2002; Lega 2006]. Queste prime formulazioni teoriche, per quanto necessitanti di approfondimenti e sviluppi, rendono evidente l'importanza di pensare il marketing in modo specifico per gli enti di un servizio sanitario pubblico, abbandonando così quelle assunzioni di fondo, derivanti dal marketing commerciale, che rischiano di penalizzarne le potenzialità applicative in un contesto – quello del Ssn – significativamente diverso da quello in cui il marketing ha avuto origine.

Questa riflessione sul marketing per gli enti di un servizio sanitario nazionale mette in luce un deficit di teorizzazione del marketing, con particolare riferimento al marketing per le aziende che operano in contesti di *quasi-markets*. Essa consente inoltre di ipotizzare che almeno alcune delle difficoltà di sviluppo della funzione di marketing nelle aziende pubbliche del Ssn possono essere ricondotte ad un siffatto deficit di teoria. L'eterogeneità delle applicazioni e la debolezza delle implementazioni del marketing nelle aziende sanitarie pubbliche sembra pertanto riconducibile non

solo alla debolezza di incentivi/sanzioni derivanti dalla peculiare implementazione della “concorrenza amministrata” o delle forme di “quasi-mercato” nel Ssn, ma anche dalla mancanza di un modello teorico adeguato per il marketing di aziende operanti in un assetto istituzionale di quasi-mercato. A questo deficit di teoria corrisponde una conseguente assenza di indirizzi per lo sviluppo di una funzione di marketing nell’ambito del Ssn, sia da parte delle regioni che da parte del Ministero della Salute.³

3. Il marketing nella sanità pubblica: l’esigenza di una nuova teoria

Lo sviluppo di un modello teorico “evoluto” di marketing per il Ssn è un compito che attende tuttora di essere compiutamente svolto. Risulta plausibile ritenere che senza la sua elaborazione difficilmente potrà essere superata l’attuale situazione di frammentazione, eterogeneità e debolezza implementativa della funzione di marketing nelle aziende sanitarie pubbliche. In modo del tutto preliminare ed al fine di meglio inquadrare le applicazioni già oggi sperimentate di marketing nelle aziende sanitarie, è sufficiente qui richiamare alcuni aspetti che distinguono il marketing dei servizi sanitari pubblici dal marketing “commerciale”. Il riconoscimento della peculiarità dell’assetto istituzionale di quasi-mercato è tuttavia di grande importanza per questa reinterpretazione del marketing: in effetti, proprio come il marketing commerciale riflette le caratteristiche del contesto di mercato in cui le aziende commerciali operano, un contesto di quasi-mercato determina quali attività di marketing sono in esso possibili e razionali.

I principali aspetti strutturali del contesto di quasi-mercato in cui operano i servizi pubblici possono essere così schematizzati [Sheaff 2002]. Innanzitutto la decisione di acquisto ed il pagamento dei servizi avviene in genere da parte di soggetti terzi, non direttamente da parte dell’utente. Mentre nei mercati è il cliente che effettua la scelta del bene o del servizio da acquistare e provvede quindi al suo pagamento, questo non avviene nei quasi-mercati dell’assistenza sanitaria. Qui la scelta della prestazione è affidata ad un prescrittore professionalmente competente – in tal modo viene superata l’asimmetria informativa tra utente e fornitore di prestazioni, uno dei problemi principali dei sistemi sanitari basati sul mercato. La presenza di un terzo intermedio si riscontra anche nel fatto che il pagamento delle prestazioni non è direttamente a carico dell’utente (tranne che per la quota di compartecipazione al costo del servizio, il *ticket*), ma a carico di enti che impiegano risorse della fiscalità generale – in tal modo viene superato il problema dei requisiti economici per l’accesso ai servizi, garantendo una maggiore equità. In secondo luogo il concetto di quasi-mercato si riferisce alla soluzione organizzativa di separare gli enti acquirenti dalle organizzazioni produttrici di servizi, laddove, inoltre, i servizi prodotti sono in genere di tre tipi: servizi di prevenzione, servizi “primari” ad accesso diretto (es. assistenza medica generale e pronto soccorso), servizi specialistici (visite, diagnostica, ricoveri, ecc.). In terzo luogo è importante riconoscere che gli obiettivi perseguiti dai servizi sanitari pubblici sono differenti da quelli delle aziende operanti sul mercato: anziché la ricerca del profitto essi perseguono la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini. Come Sheaff giustamente rileva, un adeguato modello di marketing per i servizi pubblici deve inoltre introdurre una distinzione tra bisogni e domande. Solo ciò, infatti, consente di riconoscere che vi sono domande irrazionali di prestazioni sanitarie (incoerenti, basate su false rappresentazioni delle

³ Non sono dissimili le conclusioni a cui giunge Sheaff [2002, 225] in merito al servizio sanitario inglese, purtuttavia decisamente più evoluto in merito alle funzioni di pianificazione e management: “I tentativi del Nhs di rendere i servizi più rispondenti agli utenti (*user-responsive*) sono stati in larga parte un’attività eccezionale, marginale. Questa marginalizzazione sembra riflettere una mancanza di sapere circa i temi precedentemente trattati: carenza di indagini sistematiche e regolari sugli utenti, deficit di conoscenza circa il come e perché applicarle nella progettazione, gestione e monitoraggio dei servizi.”

relazioni mezzi-fini od anche logicamente impossibili da soddisfare). Allo stesso tempo i bisogni vanno intesi come “domande razionali”, nel senso di “professionalmente” validabili.⁴

Queste distinzioni consentono di precisare il principale obiettivo del marketing dei servizi sanitari pubblici: promuovere la “razionalità” dell’utente (riconoscendo che le domande espresse non vanno accettate acriticamente). Se il marketing commerciale cerca di modificare le domande dei consumatori al fine di accrescere le vendite e/o i profitti dell’azienda, il marketing dei servizi sanitari pubblici deve cercare di rendere più razionali gli utenti di tali servizi. Alla distinzione tra domande e bisogni consegue, inoltre, l’importanza, per i servizi sanitari pubblici, di pervenire sia ad una analisi dei bisogni, sia ad un’analisi della domanda. Infatti, dalla correlazione tra queste due dimensioni si ottiene la segmentazione principale degli utenti di servizi sanitari: sotto-utilizzatori (coloro che non domandano i servizi di cui hanno necessità), sovra-utilizzatori (coloro che domandano più servizi di quanto abbisognano), normo-utilizzatori (coloro che domandano i servizi di cui hanno bisogno). Di nuovo, emerge al proposito una importante differenza con le aziende “commerciali”: per queste ultime, orientate a massimizzare le vendite e/o il profitto, tutti i potenziali clienti sono intesi come sotto-utilizzatori (ovvero come clienti la cui domanda deve essere stimolata ed incrementata).

Fig. 1 – SWOT analysis per aziende sanitarie pubbliche di quasi-mercato

| | | <i>L’utente ha bisogno del servizio?</i> | |
|---------------------------------------|----|---|--|
| | | Sì | No |
| <i>L’utente richiede il servizio?</i> | Sì | (a) Strategia minimale di erogazione ed informazione | (c) Strategia di demarketing |
| | No | (b) Strategia promozionale | (d) Strategia di ignoramento o ritirata |

Nota: SWOT = Strengths and Weakness, Opportunities and Threats.

Fonte: Sheaff 2002, 46.

La griglia di fig. 1, costruita sul rapporto tra il bisogno del servizio sanitario e l’espressione della domanda dello stesso, consente di mettere a fuoco quattro possibili strategie di marketing: (a) una strategia “minimalistica” di mantenimento dell’offerta del servizio e dell’informazione su di esso laddove la domanda riflette il bisogno del servizio; (b) una strategia di promozione nei confronti di quegli individui o quei gruppi sociali in cui la presenza del bisogno non si traduce in domanda del servizio; (c) una strategia di *demarketing*, ovvero di riduzione della domanda di prestazioni inappropriate, da applicarsi nei casi in cui la domanda del servizio non corrisponde ad un reale bisogno; (d) una strategia di evitamento o ritirata quando non esiste il bisogno del servizio e neppure la domanda di esso viene formulata. Questa concettualizzazione consente di non dare per scontato il fatto che l’unica o la principale strategia di marketing nell’ambito dei servizi sanitari pubblici sia quella di un marketing di promozione dell’uso di servizi. Ugualmente rilevante è invece

⁴ Non si intende comunque disconoscere il fatto che le rappresentazioni dei bisogni sono oggetto di conflitti e negoziazioni tra professionisti, da un lato, ed utenti (e loro “rappresentanze”), dall’altro. E’ comunque sufficiente richiamare il fatto che l’identificazione di un bisogno come “razionale” implica un qualche riconoscimento collettivo.

l'opzione di *demarketing*, ovvero di contenimento o riduzione della domanda di servizi sanitari in assenza di un reale bisogno.

La distinzione tra bisogno e domanda di un servizio consente anche di discriminare le metodologie appropriate di marketing analitico o conoscitivo: laddove la domanda espressa dagli utenti costituisce un indicatore sufficientemente veritiero dei loro bisogni allora la fase di analisi, propedeutica alla definizione del marketing mix, può basarsi su indagini sugli utenti; laddove, invece, le domande non riflettono i bisogni non è opportuno affidarsi ad indagini volte a rilevare opinioni e valutazioni degli utenti, ma è invece necessario affidarsi ad indagini tecniche, ad esempio indagini epidemiologiche o indagini volte a rilevare il punto di vista di professionisti ed esperti [Sheaff 2002].

La messa a fuoco delle caratteristiche di aziende sanitarie operanti in quasi-mercati consente inoltre di considerare in modo più realistico il cosiddetto *marketing mix*, ovvero il mix di fattori manovrabili al fine di raggiungere gli obiettivi individuati nel piano di marketing. Il concetto di marketing mix è stato formulato originariamente nell'ambito del marketing dei beni tangibili. Esso è rappresentato tramite le famose quattro P: *product* (inteso come progettazione delle caratteristiche del prodotto), *price* (politiche di prezzo), *place* (politiche di distribuzione), *promotion* (attività promozionali e pubblicità). Nell'ambito del marketing dei servizi l'originario elenco delle quattro P è stato allargato con l'aggiunta di altri tre fattori specifici dell'offerta di servizi: *people* (le caratteristiche, le competenze e l'atteggiamento degli operatori coinvolti nell'erogazione del servizio), *psychological impact* (l'impatto psicologico dell'interazione che veicola l'erogazione del servizio) e *physical resources* (le caratteristiche del *setting* di erogazione del servizio) [per una versione leggermente differente cfr. Gilligan e Lowe 1995]. Tuttavia, nel contesto di servizi sanitari pubblici operanti in un contesto di quasi-mercato il marketing mix effettivamente disponibile è decisamente più ristretto. Anche solo ad un primo sguardo risulta chiaro che alcune delle "leve" del *marketing mix* non sono a disposizione del management di un'azienda pubblica produttrice di prestazioni sanitarie: il prodotto è infatti disegnato in base a fattori tecnico-professionali e di appropriatezza (anche se rimangono spazi di manovra non irrilevanti per le caratteristiche *non-core*, come l'accessibilità, il comfort, l'attenzione al paziente, ecc.) ed in ogni caso le decisioni relative al "cosa produrre" coinvolgono anche livelli istituzionali esterni (es. indicazioni regionali o contratti di fornitura tra aziende ospedaliere ed Asl); il "prezzo" (*ticket* per le prestazioni erogate in regime Ssn) è una dimensione non modificabile aziendalmente se non per l'attività libero professionale ed il maggior comfort alberghiero; sulle politiche di distribuzione incidono le limitazioni tipiche dei servizi (sono pensabili limitati decentramenti delle sedi di erogazione), ed anche le attività "promozionali", pur essendo teoricamente disponibili alcune possibilità, sono soggette a forti limitazioni (in primo luogo il divieto di pubblicità).

Un ultimo aspetto che necessita di una più puntuale considerazione per sviluppare una teoria del marketing dei servizi sanitari pubblici consiste nella più precisa differenziazione delle organizzazioni coinvolte. Seguendo ancora Sheaff [2002, 37], nell'ambito di contesti di quasi-mercato, si ritrovano quattro tipi principali di organizzazioni sanitarie:

- enti pubblici acquirenti di prestazioni assistenziali;
- organizzazioni di promozione della salute;
- fornitori di assistenza primaria (medici di medicina generale, ecc.);
- fornitori di assistenza secondaria o specialistica (ospedali, strutture di lungodegenza, ecc.).

Le differenze tra queste organizzazioni in termini di missione e compiti si traducono in modelli diversificati di marketing. Mentre per gli enti acquirenti di prestazioni assistenziali metodi e tecniche di marketing vanno finalizzate a rendere coerente l'offerta di prestazioni con i bisogni della popolazione, per le organizzazioni di promozione della salute il marketing sarà essenzialmente un marketing volto a cambiare i comportamenti sociali – un *social marketing* od anche un *anti-marketing* [Sheaff 2002, cap.3], ovvero un marketing finalizzato a contrastare il marketing dei

produttori di beni che danneggiano la salute (es. produttori di sigarette). Riportate nel contesto italiano queste differenziazioni contribuiscono in una certa misura a spiegare quanto rilevato empiricamente in merito alle applicazioni di marketing. Le differenze di *mission* tra aziende solo produttrici di prestazioni (aziende ospedaliere) ed aziende invece anche acquirenti (Asl), portano ad enfatizzare aspetti diversi della funzione di marketing. Come rilevato nelle indagini empiriche, nelle Asl il marketing tende ad assumere una valenza di strumento analitico-conoscitivo e di comunicazione sociale e/o istituzionale, mentre nelle aziende ospedaliere il marketing è utilizzato come strumento competitivo, per la gestione della libera professione intramuraria, dell'area dei servizi aziendali a pagamento, dei contratti interaziendali, oltre che, in alcuni limitati casi, a supportare la definizione del posizionamento strategico aziendale [Giovoni *et al.* 2003; Cosmi e De Pietro 2002].

4. Applicazioni di marketing nelle aziende sanitarie pubbliche

Il progressivo affermarsi di attività di marketing anche nella sanità pubblica testimonia di un accresciuto interesse verso questa disciplina, pur a fronte della mancanza di un modello teorico adeguato e universalmente riconosciuto. Anche per questo risulta assai interessante cercare di comprendere quali attività siano oggi rubricate sotto il termine marketing nelle aziende sanitarie e quali applicazioni di marketing possano risultare maggiormente adeguate in considerazione delle particolari caratteristiche della sanità pubblica in Italia. Stante le limitazioni sopra richiamate e l'assenza di una teoria del marketing per la sanità pubblica adeguatamente sviluppata, ci limitiamo qui a considerare quattro ambiti applicativi del marketing nelle aziende sanitarie pubbliche cercando di coniugare elementi di riflessione teorica ed esperienze aziendali accertate:

- marketing istituzionale, corporate marketing, brand marketing
- marketing sociale *come* raccolta fondi
- marketing dei servizi sanitari
- marketing sociale (propriamente inteso)

4.1 Marketing istituzionale come gestione dell'immagine e della reputazione

Alcune strutture ospedaliere – pensiamo alla Mayo Clinic negli Usa o, in Italia, all'Ospedale San Raffaele di Milano, all'Istituto Giannina Gaslini di Genova o all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna – sono caratterizzate dall'essere ampiamente conosciute e dal godere di un'alta reputazione tra i potenziali utenti e tra i cittadini in generale. Familiarità ed apprezzamento sono in effetti le due dimensioni chiave per un'analisi di primo livello dell'immagine aziendale. In tal modo si chiarisce anche il concetto di *immagine* aziendale come insieme di elementi sia cognitivi che valutativi. Un secondo livello di analisi può essere conseguito con le metodologie della differenziazione semantica, ovvero con la scomposizione dell'immagine aziendale in più dimensioni ciascuna delle quali misurabile grazie ad una scala [Kotler e Clarke 1987, 61-67].

Fig. 2 – Matrice familiarità/apprezzamento per l'analisi dell'immagine aziendale

| | | Familiarità | |
|-------------------------------|-------------|-------------|------|
| | | Bassa | Alta |
| Atteggiamento/ Valutazione | Sfavorevole | (a) | (c) |
| | Favorevole | (b) | (d) |

Fonte: Adattamento da Kotler e Clarke 1987, 63.

Alcune aziende sanitarie particolarmente dinamiche hanno fatto del campo del marketing del *brand* aziendale uno dei fronti di innovazione. *Brand marketing* (inteso qui come marketing della “marca” aziendale) e *corporate marketing* (il marketing al livello dell'intera organizzazione) trovano qui diverse aree di sovrapposizione. Il concetto di *corporate marketing* è inoltre qui rilevante anche perché indica che il target dell'azione di marketing non è costituito solo dai potenziali utenti, bensì anche dai diversi gruppi di *stakeholder* [Balmer e Greyser 2006]. Solo riconoscendo questa differenziazione degli *stakeholder* potrà essere possibile impostare un'attività di marketing dispiegata sull'intera gamma dei gruppi di riferimento: utenti, committenti istituzionali, *stakeholder* in senso stretto (fornitori, comunità locale, organizzazioni sindacali, rappresentanze dei professionisti, rappresentanze degli utenti, organizzazioni di volontariato, ecc.). Il dispiegamento di una strategia di gestione dell'immagine aziendale nei confronti dei differenti gruppi di *stakeholder* ha l'obiettivo di conseguire la produzione di “risorse” diversificate: reputazione nei confronti degli utenti, credibilità nei confronti della committenza istituzionale e di alcune categorie di *stakeholder*, attrazione per il *cause related marketing* e per la raccolta fondi per altri.⁵

La matrice familiarità/apprezzamento richiama innanzitutto l'attenzione sul fatto che la familiarità (la conoscenza dell'esistenza di un'azienda sanitaria e delle sue caratteristiche principali) non può essere data per scontata, ma è invece il prodotto di un costante impegno aziendale. Essendo il prodotto di processi di comunicazione sociale, il grado di familiarità dipende da due caratteristiche di quei processi: l'intensità della comunicazione e la sua durata nel tempo. Dipende altresì da alcune caratteristiche dei riceventi, come ad esempio il grado di esposizione all'informazione e l'interesse per l'informazione. La formazione dell'immagine aziendale è a sua volta il prodotto dell'intrecciarsi di caratteristiche oggettive, di processi di comunicazione su quelle caratteristiche e di caratteristiche soggettive dei riceventi la comunicazione. Anche in questo caso l'aspetto temporale è assolutamente rilevante: la formazione dell'immagine aziendale ed il suo cambiamento richiedono tempo.⁶ Inoltre il mutamento dell'immagine è soggetta ad inerzia sociale, ovvero si riscontra un *gap*

⁵ Il nesso tra gestione dell'immagine aziendale ed attività di *fundraising* e *cause related marketing* è trattato nel paragrafo 4.2. In merito, dal punto di vista delle imprese private, risulta particolarmente interessante una visione della responsabilità sociale d'impresa (*corporate social responsibility*) volta a superare una impostazione “difensiva” e di sola *image management* ed invece orientata all'integrazione nei processi di pianificazione strategica dell'impresa [Porter e Kramer 2006].

⁶ Alcuni ospedali beneficiano di un nome riconoscibile nel panorama dell'assistenza sanitaria nazionale da oltre un secolo: è il caso dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, ma anche dell'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze, dell'Istituto Gaetano Pini di Milano ed altre ancora. L'intensità della comunicazione può ovviamente, in una certa misura, costituire un fattore sostitutivo rispetto alla lunga durata: non mancano infatti esempi di velocità di affermazione di un nome aziendale (si pensi all'Istituto Europeo di Oncologia fondato nel 1994 a Milano da Umberto

temporale tra il momento del cambiamento delle caratteristiche oggettive aziendali e la diffusione sociale della nuova immagine. Lo stesso avviene se dalla dimensione cognitiva (familiarità) si passa a quella valutativa (reputazione). La reputazione di un'istituzione o di un'azienda è anzi ancor più strettamente legata alla dimensione temporale, visto che la reputazione può essere intesa come il giudizio cumulativo nel tempo su tali organizzazioni.

La teoria del management dell'immagine e della reputazione aziendale è sviluppata spesso facendo riferimento alle teorie di *image management* e *self-presentation* relative al livello individuale, le cui formulazioni fondamentali si trovano tuttora nell'opera di Erving Goffman. Questo riferimento, in effetti, consente di focalizzare l'attenzione sulle modalità di agire strategico, sulla selettività delle rappresentazioni, sul controllo dell'immagine proposta di sé. Occorre tuttavia considerare che le organizzazioni non sono in grado di garantire quell'unitarietà della comunicazione che è invece possibile al livello individuale. Vi sono, in effetti, ragioni di tipo organizzativo che rendono particolarmente impegnativo tale compito:

- in primo luogo occorre considerare la differenziazione delle attività rilevanti ai fini della gestione dell'immagine aziendale, quello che è chiamato *promotional mix* [Berkowitz 1996] o *promotion or communication mix* [Gilligan e Lowe 1995]. Nel caso delle aziende sanitarie pubbliche gli elementi rilevanti sono quelli del rapporto con i mass media, la pubblicità (per quelle attività in cui è consentita, es. campagne di promozione della salute), la produzione e distribuzione di *leaflets*, *brochure* e *newsletter*, la partecipazione a fiere e manifestazioni, l'informazione tramite il sito *web* aziendale, le attività di sponsorizzazione e *cause-related marketing*, le relazioni intrattenute (faccia a faccia, telefonicamente, via Internet, ecc.) dal personale aziendale con gli utenti lungo tutto il processo di accesso ed erogazione dei servizi;
- in secondo luogo occorre considerare che le attività di gestione dell'immagine aziendale, anche per via della loro differenziazione, sono in genere assegnate ad unità operative diverse: ufficio stampa, ufficio relazioni con il pubblico, ufficio marketing od altre unità ancora. Solo in alcune limitate realtà aziendali queste attività di *image management* sono gestite in modo integrato tramite una specifica unità organizzativa di comunicazione e marketing.

La marcata differenziazione degli strumenti di *promotion mix* e delle unità organizzative interne deputate alla loro gestione rende particolarmente difficile la realizzazione di una gestione unitaria dell'immagine aziendale. A questo si somma il fatto che a livello nazionale le norme relative alle attività di comunicazione delle istituzioni e delle aziende pubbliche risultano essere più il prodotto di un progressivo processo di stratificazione che di un progetto sistematico ed organico. Ciò è particolarmente evidente nel caso degli Urp che hanno visto nel tempo accrescere le proprie aree di competenza (definite in origine con il D.Lgs. n.29/1993) ed in cui confluiscono oggi funzioni di informazione sull'accesso agli atti ed ai servizi, funzioni di verifica della qualità dei servizi e di gradimento da parte degli utenti (una funzione però più propriamente riferibile al sistema di qualità aziendale), funzioni di promozione e gestione di reti civiche e siti *web* aziendali ed anche funzioni di marketing *istituzionale*.⁷ Anche per fronteggiare questa difficoltà strutturale inerente la differenziazione delle unità aziendali che insistono nell'area informazione, comunicazione,

Veronesi). Inoltre occorre rilevare che l'immagine di un'azienda ospedaliera monospécialistica (oncologica, pediatrica, ortopedica, ecc.) è di più facile definizione e gestione rispetto a quella di un'azienda plurispécialistica (es. Policlinico) o di un'Asl multiservizi.

⁷ Quest'ultima è citata nella Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica del 7 febbraio 2002, paragrafo 4. Le funzioni relative alla rilevazione della qualità "percepita" non erano indicate tra i compiti degli Urp nell'originario D.Lgs. n.29/1993, anche se sono state introdotte poco dopo, nel DPCM dell'11 ottobre 1994, e quindi ribadite e perfezionate nella legge n.150/2000 che, all'art.8, indica tra i compiti degli Urp quello di "attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti". E' opinione di chi scrive che, specie nella sanità, questa funzione dovrebbe far parte del sistema aziendale della qualità, mentre gli Urp dovrebbero specializzarsi nella comunicazione con l'utenza e far parte del sistema comunicazione e marketing istituzionale.

relazioni con il pubblico, “marketing istituzionale”, la direttiva 7 febbraio 2002 del Dipartimento della Funzione pubblica prevede la *facoltà* (sic!), per le istituzioni e le aziende pubbliche, di “istituire al proprio interno una struttura di coordinamento, costituita dal direttore dell’Urp e delle analoghe strutture ove esistenti, dal direttore dell’ufficio stampa e dal portavoce se presente all’interno dell’amministrazione” (paragrafo 3). Tale struttura di coordinamento è quindi chiamata a svolgere “funzioni di programmazione, indirizzo e raccordo delle attività da realizzare.” Significativamente, inoltre, la direttiva prevede che tale struttura predisponga annualmente il “programma delle iniziative di comunicazione”. In tal modo anche le attività di comunicazione e marketing istituzionale sono inserite in un processo di programmazione e controllo e possono a tutti gli effetti venire sistematicamente collegate ad obiettivi di *image management*. Decisamente auspicabile, inoltre, è l’inserimento della programmazione dell’attività di comunicazione e marketing istituzionale nei processi aziendali di pianificazione strategica, ad esempio collegando il programma di comunicazione al piano strategico triennale dell’azienda.

Occorre in ogni caso considerare che il marketing istituzionale e le attività volte alla gestione dell’immagine aziendale si confrontano con un ambiente comunicativo complesso ed articolato, dove la capacità di controllo aziendale è abbastanza limitata. In primo luogo le aziende sanitarie si rapportano, al fine di raggiungere il pubblico più ampio, con un sistema dei media che funge da intermediario e che ha propri criteri di notiziabilità, comunque differenti da quelli delle aziende (il primato della cronaca porta a sovrarappresentare e sovradimensionare le *bad news*; anche nell’informazione sulla sanità la risonanza dei media è maggiore per gli eventi rispetto ai processi; ecc.). A ciò si aggiunge il fatto che, sin dall’origine, gli studi sulla comunicazione di massa hanno rilevato che la comunicazione interpersonale risulta essere più efficace della pubblicità proposta dai mass media ai fini della formazione delle opinioni e della scelta dei prodotti da acquistare [Katz e Lazarsfeld 1955]. Ciò significa che anche i processi di formazione (e quindi di mutamento) dell’immagine aziendale si basano su processi di comunicazione che vedono l’intreccio, secondo modalità tuttora non pienamente chiarite dal punto di vista teorico, tra comunicazione veicolata dai mass media, comunicazioni “formali” veicolate dall’azienda e dal suo personale e comunicazione “informale” tra il personale dipendente e gli utenti, così come tra gli utenti stessi. Nell’ambito del marketing dei servizi anche questi specifici processi informali di comunicazione hanno acquisito dignità teorica sotto l’etichetta di “passaparola” (*word-of-mouth*) [Gremier *et al.* 2001; Mazzarol *et al.* 2007].

Come ricordato, le politiche di gestione dell’immagine aziendale consentono di influenzare le scelte compiute da soggetti che operano nell’ambiente dell’azienda sanitaria. Da un lato stanno gli utenti potenziali che, anche in base all’immagine e soprattutto alla reputazione, compiono la scelta dei provider a cui rivolgersi (es. specialista per le visite ambulatoriali, luogo del ricovero, ecc.). Dall’altro stanno gli *stakeholder* (o particolari categorie di stakeholder) rilevanti per quanto riguarda propensione ed impegno a garantire determinate risorse, come l’elargizione di erogazioni liberali, la collaborazione nell’ambito di progetti di *cause-related marketing*, ecc.

Per quanto riguarda il primo punto si è già ricordata la funzione esercitata dalla reputazione nel mercato dei servizi. Gli utenti di servizi si confrontano con la peculiare situazione per cui la qualità del servizio ricevuto non può essere né rappresentata, né valutata prima dell’effettiva erogazione. In questa situazione un equivalente funzionale riconosciuto è dato dalla reputazione del *provider*. Come ricordano Stanton e Varaldo [1986, 433], “proprio perché l’impresa vende prodotti intangibili, la sua reputazione diviene un fatto assolutamente fondamentale nel determinarne il successo sul mercato”. Il concetto di “reputazione” si riferisce a quelle situazioni in cui la qualità prodotta da un *provider* nel passato viene utilizzata come un indicatore della sua qualità presente e futura. Nella scelta del *provider*, stante l’assenza o la difficoltà ad accedere od interpretare informazioni oggettive sulla performance qualitativa del provider, gli utenti si affidano spesso a segnali di reputazione, raccolti nel tempo o veicolati dalle reti sociali di riferimento [Ugolini 1999]. In effetti i servizi sanitari presentano caratteristiche tali che possono essere correttamente apprezzate solo attraverso la fruizione del servizio (*experience qualities*) o addirittura che neppure

un'esperienza continuata di fruizione può permettere di valutare con pienezza di cognizione (*credence qualities*). Tale situazione ha portato, in alcuni contesti, alla sperimentazione di sistemi formali di valutazione della performance qualitativa ed a rendere pubblicamente accessibili tali dati, con l'intento di mettere a disposizione degli utenti dati utili per la scelta del *provider* e di mettere a disposizione dei *provider* dati utili per il miglioramento della qualità dei servizi erogati.⁸ E' significativo che lo sviluppo di tali servizi, che rispondono ad un bisogno di orientamento degli utenti, sia progredito soprattutto negli Usa, nell'ambito cioè di un sistema sanitario largamente basato sul mercato. Ai nostri fini lo sviluppo di sistemi formali di valutazione e la pubblicizzazione dei relativi dati è rilevante nella misura in cui svolge una funzione complementare e/o sostitutiva a quella della reputazione del provider. In effetti è soprattutto laddove non siano disponibili fonti attendibili ed accreditate di informazione sulla performance qualitativa di servizi che la reputazione viene a svolgere massimamente la funzione di fattore di orientamento e di scelta. Pertanto sino a quando non saranno disponibili sistemi affidabili e non controversi di "misurazione" della performance dei servizi sanitari la reputazione continuerà a giocare un ruolo importante nella formazione degli orientamenti alla scelta degli utenti. Non è un caso, dunque, che una guida per manager di organizzazioni sanitarie possa affermare: *marketing is reputation management* [Thomas e Calhoun 2007]. La reputazione, da un lato, ed i processi informali che contribuiscono a produrla (*word-of-mouth*), dall'altro, sono entrambe fattori che contribuiscono ad orientare le scelte anche dei servizi sanitari: la scelta dello specialista, ad esempio, oppure anche dell'ospedale presso cui essere ricoverati. Come noto, la scelta, da parte del paziente, dello specialista a cui rivolgersi o dell'ospedale presso cui ricoverarsi avviene sulla base di diversi fattori tra cui il suggerimento da parte di professionisti sanitari, l'opinione di parenti, amici e conoscenti, la reputazione del medico e dell'ospedale, la vicinanza territoriale dell'ospedale [Fiorentini *et al.* 1999; Ugolini 1999]. Un'indagine empirica condotta in Emilia-Romagna nella seconda metà degli anni '90 ha evidenziato che "il fattore determinante per la scelta degli specialisti è l'opinione che altri soggetti non professionisti ne hanno (consiglio di parenti e conoscenti), anche se la reputazione dell'ospedale in cui essi operano è il secondo fattore in ordine di importanza." [Fiorentini *et al.* 1999, 65] Per la scelta dell'ospedale, invece, prevale l'indicazione dei professionisti, anche se seguono subito dopo, in termini di importanza, la reputazione del reparto e del medico ospedaliero ed il consiglio ricevuto tramite canali informali. Al crescere della gravità della patologia, inoltre, cresce il peso dell'indicazione dei professionisti a scapito delle informazioni ottenute da amici o parenti. La reputazione aziendale, sia come rilevata e trasmessa da professionisti, sia come rilevata e trasmessa dai circuiti informali, risulta dunque rilevante nelle decisioni di scelta dello specialista e/o dell'ospedale. Questi risultati evidenziano l'importanza delle politiche aziendali di marketing e di *reputation management*, ovviamente intese come attività volte a consentire ai potenziali utenti di riconoscere ed apprezzare il profilo delle caratteristiche dei servizi sanitari erogati. Da questo punto di vista occorre dunque considerare l'importanza sia della comunicazione tra operatori e pazienti al momento del *service encounter*, sia della comunicazione informale (*word of mouth*) veicolata successivamente dai pazienti, così come di quella veicolata dai professionisti. Unitamente a ciò risultano inoltre rilevanti le attività di comunicazione formale (produzione di materiali informativi come *leaflet*, *brochure*, ecc.) e le attività di *public relations* e di rapporto con i mass media. La comunicazione massmediale, sia allorché è promossa dall'azienda sanitaria (produzione di comunicati stampa, realizzazione di conferenze stampa, ecc.), sia allorché è frutto dell'iniziativa autonoma di una testata, produce la circolazione di informazioni che contribuiscono a promuovere la conoscenza aziendale (familiarità) ed alla produzione (od erosione) della reputazione. Stanton e Varaldo [1986, 432] giungono a considerare questo uso dei mass media

⁸ Un esempio di risorse informative predisposte con questa finalità è dato dal sito web www.healthgrades.com che presenta schede e report di valutazione della qualità di strutture ospedaliere e di professionisti Usa. Si tratta tuttora di servizi informativi di natura controversa e su cui è in atto un acceso dibattito [Grilli 2001]. In Italia l'unico servizio con finalità simili è costituito da un'iniziativa privata, realizzata dal Corriere della Sera in collaborazione con la Fondazione Umberto Veronesi, denominata *Sportello cancro* ed accessibile su <http://www.corriere.it/sportello-cancro/>.

come una forma di “propaganda” non pagata. Lo sviluppo di Internet introduce, in questo ambiente comunicativo, un ulteriore mezzo caratterizzato da una grande facilità di accesso e distribuzione dell’informazione, anche in campo medico e sanitario, rendendo in tal modo ancora più evidente che le politiche aziendali di *image* o *reputation management* debbono essere dispiegate in un sistema composto da più arene comunicative le cui interrelazioni, però, non sono in genere né trasparenti né controllabili.⁹

La promozione dell’immagine e della reputazione aziendale tramite il marketing istituzionale evidenzia tuttavia un peculiare limite proprio nella misura in cui alimenta una capacità di attrazione degli utenti che è indifferenziata [Lega 2006, 342]. L’impegno alla promozione dell’immagine da parte di ospedali universitari o centri d’eccellenza rischia infatti di esercitare un’attrazione assai rilevante anche per casi a media o bassa complessità, ovvero non pienamente coerenti con la *mission* aziendale. In tal modo, inoltre, la crescita indifferenziata della domanda (ovvero degli iscritti nelle liste d’attesa) determina un conseguente allungamento dei tempi di attesa per l’accesso alle prestazioni, con il rischio di scoraggiare e dunque indirizzare altrove un certo numero di casi complessi. Si accentua, in tal modo, il rischio per i pazienti di non essere trattati nel contesto appropriato (in rapporto alla complessità del caso). Il principio della libertà di scelta rende difficile trattare questo problema di *matching* con strumenti normativi o regolamentari, mentre anche l’impiego di tecniche di marketing o di *demarketing selettivo* [Kotler e Levy 1971] è altamente problematico. Il *demarketing selettivo* si riferisce, in effetti, alla scelta consapevole da parte dell’azienda di uno o più segmenti di utenza rispetto a cui disincentivare l’acquisto di prestazioni. Tuttavia, nel contesto dell’erogazione di prestazioni sanitarie, ancor più che in altri ambiti, l’introduzione di un sovrapprezzo o di altri fattori disincentivanti e/o di selezione nei confronti dei segmenti d’utenza non desiderati risulta di difficile (se non impossibile) applicazione.

4.2 Marketing “sociale” e fundraising

Come ricordato in precedenza il marketing riconducibile alle attività di *image management* è rilevante non solo ai fini di orientare la scelta dei potenziali utenti, ma anche per l’accesso ad altre tipologie di risorse. Il riferimento è qui al nesso esistente tra attività di gestione dell’immagine aziendale e *fundraising* in senso lato. Si tratta questa di un’attività che, anche nel contesto delle aziende sanitarie, si è sviluppata a seguito delle possibilità di ricerca di sponsorizzazioni che il legislatore ha introdotto come opportunità per la pubblica amministrazione nella seconda metà degli anni ’90 [Lodolo d’Oria 2003]. Singolarmente, tuttavia, in alcune realtà aziendali queste attività sono state ricomprese sotto l’etichetta di *marketing sociale*, adottando in tal modo impropriamente il punto di vista dell’impresa privata che sponsorizzando un evento dell’azienda sanitaria o realizzando con questa un progetto di *cause-related marketing* realizza in effetti un marketing che ricerca benefici dall’associazione con le finalità sociali perseguite dall’azienda pubblica. Anche questo aspetto può essere inteso come un sintomo della mancanza di un’identità forte del marketing in sanità. E’ infatti solo ponendosi dal punto di vista esterno (quello dell’impresa sponsor) che le attività di sponsorizzazione (l’erogazione di risorse finanziarie o di beni e servizi per sostenere attività e progetti istituzionali di una azienda sanitaria pubblica) o di *cause-related marketing* (la promozione di un prodotto attraverso l’associazione ad una causa “sociale”) possono essere intese come marketing “sociale”. Quello che per l’impresa privata è marketing sociale, per l’azienda sanitaria pubblica è invece essenzialmente raccolta fondi e sotto questa etichetta dovrebbe essere rubricata. Né vale a sostenere questa idea del marketing sociale nelle aziende sanitarie il fatto che

⁹ Lo sviluppo di Internet quale *new media* anche nell’ambito della distribuzione dell’informazione medica e sanitaria è stato accompagnato da forti preoccupazioni circa la qualità dell’informazione (ed i conseguenti potenziali rischi per gli utenti). Si trascura però il fatto che il problema della qualità dell’informazione medica riguarda anche i mass media tradizionali, oltre al fatto che ancora oggi sappiamo poco di come le diverse fonti informative vengono usate dalle persone e di come le informazioni si traducono in decisioni rilevanti per la salute [Coiera 1998].

anche alle attività di *fundraising* sia possibile ed anzi auspicabile applicare principi e tecniche del marketing. Questo ambito, infatti, seguendo Kotler e Clarke [1987, cap.19], dovrebbe essere denominato *donor marketing*, poiché tratta, per l'appunto, dell'applicazione del marketing alla raccolta fondi.

E' purtuttavia vero che tra lo sviluppo di attività di *fundraising* e l'attività di gestione dell'immagine aziendale esiste un forte nesso, poiché la definizione di una immagine aziendale peculiare costituisce un fattore che facilita lo sviluppo di forme di collaborazione e partnership con imprese, privati e *stakeholder* per l'ottenimento di sponsorizzazioni e soprattutto per lo sviluppo di iniziative di *cause-related marketing*. Come è stato osservato con specifico riferimento al caso dell'azienda ospedaliera Meyer di Firenze "la specificità della funzione marketing è quella di svolgere una forte attività di coordinamento all'interno dell'azienda al fine di comunicare all'esterno una chiara immagine aziendale. Il Meyer focalizza molte delle sue attività di marketing strategico sulla promozione dell'immagine aziendale, un'immagine e un nome che sono diventati un vero patrimonio per l'azienda, al punto che un forte supporto alle attività aziendali viene dato all'azienda dall'attività di fundraising della Fondazione Anna Meyer" [Giovoni *et al.* 2003, 433-434] Nel caso del Meyer risulta evidente che la promozione dell'immagine aziendale beneficia dell'attività di *fundraising*, in quanto i progetti di raccolta fondi sono finalizzati ad ampliare la dotazione di servizi, strutture ed iniziative legate alla qualità della vita in ospedale dei piccoli pazienti, potenziando l'immagine di azienda ospedaliera particolarmente attenta ai temi dell'umanizzazione e del benessere dei pazienti. Dall'altro lato, tuttavia, è la stessa immagine aziendale così impostata che facilita l'acquisizione di nuove donazioni e lo sviluppo di forme di collaborazione con gli *stakeholder* per il finanziamento dei progetti innovativi. Rientrano in questo circuito virtuoso attività di *cause-related marketing* per progetti di umanizzazione (clownterapia, ludoteca, musica in ospedale, ecc.) e per la realizzazione della nuova sede ospedaliera del Meyer, con il coinvolgimento di importanti aziende del territorio di insediamento (Ikea, Esselunga, Centrale del latte di Firenze, Pistoia e Livorno, ecc.). Ne fanno parte, inoltre, iniziative di promozione delle donazioni che ha portato nel 2003 alla raccolta di oltre 1,3 milioni di euro grazie all'intervento di circa 2.000 donatori (il 75% residenti in provincia di Firenze, a testimonianza del radicamento dell'azienda nella comunità locale). Infine anche un articolato programma di manifestazioni ed eventi, rivolto sia agli esterni, sia al "pubblico" interno dei dipendenti, contribuisce a garantire la risonanza sociale circa i programmi aziendali.¹⁰

Sempre nell'ambito del nesso tra promozione dell'immagine aziendale e raccolta fondi è importante segnalare anche l'affermarsi di nuovi stimoli provenienti dalle norme relative all'istituto del 5 per mille, dapprima introdotte con la legge 23 dicembre 2005, n.266 (legge finanziaria per il 2006), quindi riconfermate, seppure con qualche modifica, con la legge finanziaria per il 2007 e per il 2008. La norma prevede infatti la possibilità di finanziare, in sede di dichiarazione Irpef, diverse attività socialmente rilevanti, tra cui anche la "ricerca sanitaria". All'interno di questa categoria risultavano inseriti 49 enti nel 2006 ed 86 nel 2007. In entrambe i casi vi rientravano i 40 Irccs pubblici e privati, ovvero gli ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico e che, per questo, ricevono appositi finanziamenti da parte del Ministero della Salute. Tali enti hanno pianificato in modo diffuso campagne di informazione e di promozione con l'obiettivo di promuovere l'indicazione, da parte dei contribuenti, dei singoli istituti ai fini del riparto delle risorse del 5 per mille. Tali campagne, in un numero rilevante di casi, erano focalizzate sull'attività di ricerca scientifica svolta, sulle patologie di riferimento, sui risultati conseguiti od attesi. Alcuni di questi istituti si sono impegnati per la prima volta nella pianificazione e realizzazione di campagne di comunicazione focalizzate non sulla loro attività assistenziale, bensì sull'attività di ricerca scientifica, contribuendo a rendere manifesta un'attività del Ssn che sovente

¹⁰ L'articolato complesso delle attività e dei progetti è in parte documentato nel sito web aziendale www.meyer.it, dove per gli anni 2000-2003 sono anche disponibili report dettagliati circa la raccolta fondi. Occorre anche evidenziare che una peculiarità di questa esperienza è data dall'istituzione della Fondazione Anna Meyer, con scopi anche di raccolta fondi.

rimane in ombra: l'attività di ricerca "traslazionale", ovvero quella ricerca che ha tra i propri obiettivi la trasformazione di scoperte scientifiche in applicazioni cliniche. Nel caso dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, ad esempio, l'esigenza di sollecitare l'indicazione dell'istituto ai fini del riparto del 5 per mille si è tradotta nell'impostazione di una campagna promozionale volta anche a far conoscere i principali programmi della ricerca scientifica svolta dall'istituto in campo ortopedico – un ambito certo non particolarmente enfatizzato sui mass media. La campagna sul 5 per mille, in altri termini, è stata impostata con una finalità più ampia della sola sollecitazione a donare, puntando contemporaneamente ad accrescere la consapevolezza sociale sulla ricerca svolta in istituto nel campo della protesica, della medicina rigenerativa, nell'oncologia muscolo-scheletrica, nella genetica medica e nella diagnosi e trattamento delle malattie rare dell'apparato muscolo-scheletrico. Ciò ha spinto, contestualmente, a mettere a fuoco meglio la multidimensionalità dell'attività e delle caratteristiche dell'istituto che meritano di essere valorizzate ai fini della gestione e promozione dell'immagine, in un'ottica di riconoscimento della molteplicità degli *stakeholder*:

- l'attività assistenziale di eccellenza, testimoniata, tra l'altro, dagli indici di mobilità attiva (59,2% dei ricoverati del 2006 provenienti da fuori regione);
- l'importante attività di ricerca scientifica in ambito ortopedico, riconosciuta dalla capacità di ottenimento dei fondi per la ricerca corrente e da bandi UE e dagli indicatori di produzione scientifica e confermati dallo status di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Ircs);
- il legame esistente tra la storia dell'istituto, attivo dal 1896, e lo sviluppo dell'ortopedia in Italia, testimoniato dalla rilevanza dei suoi direttori (*in primis* A.Codivilla e V.Putti) e da numerose innovazioni introdotte nel trattamento delle patologie ortopediche, così come il contributo dato dall'istituto allo sviluppo del settore industriale della protesica con la costituzione all'inizio del '900 delle officine ortopediche Rizzoli, poi privatizzate ed ora divenute Rizzoli Ortopedia SpA;
- il complesso monumentale di San Michele in Bosco – un monastero del '400 – che sin dall'origine è stato sede dell'ospedale Rizzoli e che costituisce un elemento di grande valore del patrimonio monumentale bolognese. La sua valorizzazione, pertanto, è divenuta oggetto di un accordo con la Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna e con l'Arcidiocesi di Bologna finalizzato alla sua riqualificazione ed al suo inserimento nel progetto del "Museo della Città", così da renderlo pienamente fruibile a cittadini e turisti.

Risulta evidente che ciascuno dei quattro elementi richiamati contribuisce sia a definire un tratto dell'immagine dell'istituto, sia, al contempo, a delineare differenti *stakeholder* di riferimento rispetto a cui impostare relazioni e programmi di collaborazione. Si dischiude in tal modo uno spazio per la definizione strategica di obiettivi (programmi di innovazione o miglioramento, raccolta fondi, ecc.), rilevanti anche ai fini della definizione e promozione dell'immagine aziendale, da perseguire grazie alla collaborazione con i diversi *stakeholder* [Porter e Kramer, 2006; Balmer e Greyser, 2006].

4.3 Marketing dei servizi sanitari

Il caso dell'Azienda ospedaliera Meyer di Firenze può essere letto come un intreccio tra marketing volto alla promozione dell'immagine aziendale, *fundraising* e marketing dei servizi sanitari nel senso della progettazione di componenti del servizio al fine di migliorare la soddisfazione dell'utente. In effetti uno dei principali elementi caratteristici dell'esperienza del Meyer è quello di usare il miglioramento della qualità della vita in ospedale (uno degli elementi che compongono il servizio di ricovero ospedaliero) come elemento caratteristico dell'immagine aziendale. Il ridisegno degli elementi che compongono il servizio è in effetti proprio del marketing dei servizi, siano questi sanitari o di altro genere. Ai fini del marketing è infatti di particolare importanza riconoscere che un

servizio può essere visto come un insieme di aspetti analiticamente distinti e diversamente stratificati. Che si distingua con Kotler e Clarke [1987, 331] tra *core*, *tangible* e *augmented*, o più semplicemente tra *core* e *peripherals*, in ogni caso tali distinzioni rappresentano i diversi aspetti in cui, almeno teoricamente, può essere scomposto un servizio e relativamente a cui il marketing può fornire indicazioni per la progettazione (marketing mix). La particolarità del marketing dei servizi sanitari è che vi sono alcuni aspetti del servizio che sono indisponibili ai fini dell'attività di (ri)progettazione – si tratta della componente “clinica” che costituisce per l'appunto il nucleo (*core*) del servizio.¹¹

Sebbene le distinzioni analitiche proposte da Kotler e Clarke risentano dell'originaria formulazione nel contesto del marketing dei beni di consumo¹², l'esercizio della differenziazione degli aspetti distinguibili di un servizio è di grande importanza, visto che dischiude la possibilità di un intervento consapevole di progettazione su ciascuno di essi, così da cercare di aumentare il valore del servizio per gli utenti. Nell'ambito dei servizi sanitari la distinzione principale rimane quella tra attività clinica in senso stretto (che possiamo intendere come *core*) e gli aspetti di “contorno” (che possiamo intendere come *peripherals*). Tale distinzione consente infatti di mettere a fuoco gli ambiti di applicazione del marketing che, in sanità, deve essere applicato solo agli aspetti *non-core*. Il marketing non può, né deve, invece pensarsi come applicazione agli aspetti *core*, in quanto questi ultimi sono di esclusiva competenza della *clinical governance* e della ricerca dell'appropriatezza.

La coppia concettuale *core/peripherals* richiama in un certo modo la distinzione tra qualità “tecnica” e qualità “dal lato dell'utente” nei servizi sanitari (il riferimento è all'art.14 del D.Lgs. n.502/1992), intendendo, con questa espressione, la qualità correttamente valutabile anche da non professionisti. In ogni caso, si tratti di qualità dal lato degli utenti, di qualità percepita in riferimento a servizi sanitari, di soddisfazione dell'utente, tali concetti sono riconosciuti come multidimensionali.¹³ Per una partoriente ricoverata in un reparto di ostetricia, le dimensioni rilevanti della prestazione che riceve riguardano, oltre alla competenza tecnico-professionale applicata, anche numerosi altri aspetti come la libertà di movimento in sala travaglio, la possibilità di scegliere il menù del servizio mensa, il grado di accoglienza e la qualità estetica degli spazi, il grado di riservatezza consentito nel rapporto con gli altri degenti, la gentilezza e disponibilità degli operatori, ed altro ancora. L'applicazione del marketing ai servizi sanitari ha in questo caso la finalità di intervenire su aspetti del servizio, ridisegnanoli, per accrescere il grado di soddisfazione dell'utente. A tal fine il processo del marketing prevede innanzitutto un'attività analitica, volta a rilevare le dimensioni rilevanti dal punto di vista della qualità del servizio (aspetti *non-core*), a definire le caratteristiche salienti per l'eventuale segmentazione dell'utenza, ed a misurare l'eventuale scostamento tra la qualità erogata e la qualità attesa dal paziente (od anche a mettere in luce quelle dimensioni del servizio, magari non esplicite, che sono maggiormente suscettibili di incrementare la soddisfazione degli utenti). A questa attività di analisi segue un'attività di progettazione e pianificazione del cambiamento delle dimensioni del servizio identificate come rilevanti ai fini del miglioramento della qualità percepita – pur compatibilmente con le risorse aziendali disponibili per siffatto programma di miglioramento.

¹¹ Occorre tuttavia osservare che con il concetto di *core* Kotler e Clarke [1987] si riferiscono al bisogno espresso dall'utente, più che a caratteristiche proprie del servizio. Il concetto di *core* è riferito alla domanda: che cosa sta realmente cercando l'utente? Qual è il reale bisogno soddisfatto dal servizio?

¹² Ciò è particolarmente evidente per il livello *augmented*, relativamente a cui gli autori non sono in grado di indicare esempi appropriati. Che cosa significhi *servizio post-vendita* o *garanzia* o *credito* per servizi sanitari, specie nel contesto del Ssn, è infatti tutt'altro che evidente. L'espressione servizio post-vendita potrebbe forse essere pertinente per quei servizi di intervento domiciliare per pazienti dimessi, ma è evidente che occorre una concettualizzazione specifica per i servizi sanitari.

¹³ Ad esempio, la rassegna di 230 studi sulla “soddisfazione” degli utenti di servizi sanitari realizzata da Hall e Dorman [1988] identifica 11 dimensioni del concetto di soddisfazione: *access, cost, overall quality, humaneness, competence, information, bureaucratic arrangements, facilities, attention to psychosocial problems, continuity of care, outcome of care*.

L'applicazione del marketing al miglioramento o riprogettazione dei servizi risponde all'esigenza di rispondere ad aspettative crescenti circa gli standard qualitativi degli stessi. Esso può offrire un importante ausilio nella traduzione operativa del principio "mettere i pazienti al centro". Le innovazioni anche radicali intervenute nell'ultimo decennio nell'organizzazione di reparti di ostetricia o di pediatria sono un esempio di interventi riconducibili ad un tale marketing dei servizi. La promozione dei servizi forniti da una specifica azienda sanitaria può pertanto avvenire nella forma di un intervento di miglioramento sugli aspetti "periferici" del servizio. Si deve però anche rilevare che queste attività di controllo e miglioramento della qualità sono già oggi svolte senza necessariamente essere rubricate sotto l'etichetta di marketing analitico ed operativo. Occorre dunque verificare se la cassetta degli attrezzi fornita dal marketing risulta più rifornita ed efficace rispetto a quelle offerte da altre discipline, se dunque esiste un vantaggio tangibile nell'adozione di un approccio di marketing in sostituzione del sapere e delle prassi operative maturata nelle aziende sanitarie.

Allo stesso tempo occorre interrogarsi circa questo aspetto: se l'introduzione di ulteriori elementi di qualificazione dei *peripherals* siano ritenuti o meno sufficientemente rilevanti dagli utenti così da influenzare la scelta del provider di prestazioni sanitarie. Sul fronte interno, inoltre, si pongono ulteriori problemi derivanti dal fatto che i rimborsi per le prestazioni erogate sono fissi, ovvero non tengono conto, in genere, degli standard qualitativi garantiti. Ne consegue, pertanto, una certa cautela aziendale nell'impegnarsi con decisione in programmi di miglioramento degli aspetti *non-core* del servizio. Tali programmi, infine, possono essere sviluppati solo laddove il sistema di rilevazione della qualità percepita dall'utente risulta integrato con – e dunque alimenta – i processi di riprogettazione e miglioramento.

4.4 Marketing sociale

Il termine marketing sociale – *social marketing* – è stato introdotto per la prima volta nel 1971 in un saggio di Kotler e Zaltman per descrivere l'uso di principi e di tecniche di marketing per realizzare programmi volti a promuovere il cambiamento di idee o pratiche sociali. Da allora questo termine richiama l'insieme di metodi e tecniche di promozione del cambiamento dei comportamenti e, nel caso specifico della sanità, dei comportamenti rilevanti per la salute (fumo, diete alimentari, sesso sicuro, ecc.). Lo scopo del marketing sociale è pertanto quello di "cambiare idee e comportamenti nocivi o farne adottare di nuovi" [Kotler e Roberto 1991, 26], ad esempio promuovere l'allattamento al seno, la partecipazione a screening di massa, l'adozione di metodi contraccettivi. In questo caso i metodi e le tecniche del marketing vengono utilizzati per promuovere cambiamenti nei comportamenti degli individui con l'intento di accrescere il beneficio sociale, piuttosto che di accrescere le vendite od il profitto di un'azienda. L'idea di fondo, detta grossolanamente, è che se il marketing può influenzare le persone spingendole ad acquistare un determinato prodotto, allora può anche esercitare sulle persone un'influenza per fare loro modificare determinati comportamenti. L'ascolto delle persone ed il cercare di comprendere il loro punto di vista, ad esempio grazie ad interviste o *focus groups*, dovrebbe rendere più agevole influenzarne i comportamenti, ad esempio offrendo loro materiali informativi o sostegni sociali più coerenti con le loro visioni e le loro abitudini e, per questo, più efficaci [Hastings e McDermott 2006]. Particolarmente importante, dunque, è l'attività di segmentazione del target così da identificare quelle caratteristiche psicologiche o sociali che consentono quindi di progettare "su misura" la campagna di marketing, massimizzandone l'efficacia.

Come nel caso del marketing dei servizi, anche nel caso del marketing sociale si è registrata nella fase iniziale una dipendenza eccessiva dal paradigma dominante del marketing commerciale [Peattie e Peattie 2003; Andreasen 2003]. Se nella fase iniziale il riconoscimento dell'efficacia di metodi e tecniche consolidate del marketing commerciale ha costituito un elemento di facilitazione dell'introduzione di nuovi strumenti per il perseguimento di fini di salute, la conseguente frettolosa

importazione di quegli strumenti in un contesto significativamente diverso ha impedito l'approntamento di una propria e specifica cassetta degli attrezzi più coerenti con il nuovo ambito di applicazione. Ciò risulta evidente se si presta attenzione al fatto che, anche in questo caso, i tradizionali elementi del marketing mix hanno necessitato di una riconcettualizzazione, così da renderli più conformi al nuovo ambito di applicazione, appunto quello del cambiamento dei comportamenti: non più, dunque, *product, price, place e promotion*, ma *social proposition*, costi individuali del cambiamento, accessibilità e comunicazione sociale [Peattie e Peattie 2003, 382]. Ugualmente importante è rilevare, inoltre, che anche l'oggetto del marketing sociale è stato definito con precisione solo progressivamente. Andreasen [2003], nel ricostruire il ciclo di vita del marketing sociale, rileva che la definizione data in origine da Kotler e Zaltman [1971] del marketing sociale come dell'applicazione di concetti, metodi e tecniche del marketing per accrescere l'accettabilità di idee sociali non abbia consentito di differenziare con precisione il marketing sociale da altre attività di *people processing*, come la comunicazione o l'educazione alla salute. E' solo nel corso degli anni '90 che l'identità del marketing sociale viene ad essere ricondotta con precisione al cambiamento dei *comportamenti* mediante metodi e tecniche di influenza sociale. Questa chiarificazione ha due importanti risvolti. Innanzitutto consente di distinguere il marketing da due modalità concorrenti di intervento: l'educazione e l'intervento legislativo. Il primo caso – educazione – si riferisce a quelle situazioni sociali relativamente semplici in cui l'offerta di informazioni, incontrando un coerente interesse della persona destinataria, determina l'adozione di un nuovo comportamento. Il secondo caso – l'intervento legislativo – introduce invece un elemento di obbligo con le relative sanzioni per indurre un cambiamento del comportamento di individui spesso riluttanti. Tra queste due polarità si inserisce il marketing sociale. Esso ha quindi come ambito di applicazione quello del cambiamento del comportamento laddove non è possibile un intervento legislativo volto a rendere vincolanti determinati comportamenti e dove, allo stesso tempo, non è sufficiente indurre il cambiamento tramite l'offerta di informazione. In secondo luogo la concezione del marketing sociale nel senso di un marketing volto a cambiare i comportamenti consente di precisare che il criterio ultimo per valutare l'efficacia delle attività di marketing sociale risiede, appunto, nell'influenza comportamentale, ovvero nell'effettiva modifica (abbandono od adozione) di comportamenti. L'applicazione dei metodi e delle tecniche del marketing sociale nell'ambito dei programmi di promozione della salute ha iniziato a registrare alcune importanti realizzazioni, soprattutto all'estero [Hastings e McDermott 2006], ma anche in Italia. In Gran Bretagna, ad esempio, l'importanza del marketing sociale è stata riconosciuta nel 2004 con la pubblicazione del libro bianco *Choosing Health*. In seguito, la collaborazione tra *Department of Health* e *National Consumer Council* ha portato all'istituzione del *National Social Marketing Centre for Excellence* con il compito di accrescere la comprensione e l'uso del marketing sociale in sanità su scala nazionale, regionale e locale. In Italia, nel 2004, si è costituito un *Coordinamento nazionale sul marketing sociale* con l'obiettivo di sperimentare l'applicazione del marketing sociale alla promozione della salute.¹⁴ Si tratta di esempi che testimoniano del riconoscimento crescente che il marketing sociale sta ricevendo anche nell'ambito di sistemi sanitari pubblici, con appositi programmi nazionali o regionali, ma anche nell'ambito di progetti ed iniziative di singole aziende sanitarie. E' importante riconoscere che il marketing sociale non può essere equiparato *tout court* alla realizzazione di campagne comunicative: queste ultime sono invece solo uno degli ingredienti del marketing sociale. Esse, inoltre, risultano più efficaci se realizzate non isolatamente, ma in abbinamento con altre forme di intervento. L'uso delle relazioni sociali, sia di tipo informale, sia

¹⁴ Informazioni sull'attività del *National Social Marketing Centre* sono accessibili all'indirizzo <http://www.nsms.org.uk>. Il *Coordinamento nazionale sul marketing sociale* è stato attivato dall'Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale ed è attualmente presieduto dal Dr. Giuseppe Fattori, responsabile del Sistema comunicazione e marketing sociale dell'Asl di Modena. Informazioni sull'attività del coordinamento sono disponibili su <http://www.marketingsociale.net>. Materiali sull'applicazione del marketing sociale nell'ambito del Piano per la Salute della provincia di Modena sono disponibili su: http://www.ausl.mo.it/pps/approf/06/06_03.html.

con operatori o professionisti, è in genere un ingrediente che rafforza il messaggio veicolato dai mass media [Katz e Lazarsfeld 1955]. La realizzazione di campagne informative o sui mass media deve confrontarsi con un problema di visibilità e di rilevanza. Viviamo infatti in un ambiente informativamente e comunicativamente ricco e, secondo la nota formulazione di Herbert Simon, la ricchezza di informazioni crea povertà di attenzione. La mobilitazione delle reti sociali informali e professionali, nella misura in cui risulta realizzabile, contribuisce a dare rilevanza alle informazioni distribuite e ad esercitare influenza (adattamento dell'informazione a formati, modalità o contenuti più coerenti con le caratteristiche del ricevente, pressione e sostegno sociale, ecc.). Sistemi di contatto prolungato o ripetuto nel tempo realizzano forme di supporto od anche di controllo sociale che aiutano a mantenere i nuovi comportamenti adottati. Queste considerazioni, tratte in modo non sistematico da teorie comportamentali, teorie della persuasione, teorie dell'esposizione, danno l'idea di una teoria dell'influenza sociale e del cambiamento dei comportamenti che necessita ancora di sviluppi e perfezionamenti. E' in realtà da dimostrare che la teoria del marketing sociale risulti effettivamente l'ambito migliore per radunare ed integrare parti di sapere prodotto dalla psicologia sociale, dalla sociologia o dalla scienza della comunicazione al fine di elaborare una comprensione teoricamente sofisticata (e specifica per gli obiettivi della sanità) dell'induzione dei cambiamenti del comportamento. Essa, infatti, sembra soprattutto segnalare un'esigenza di teoria di cui abbisognano le organizzazioni impegnate nella promozione della salute. Come riconosce con grande onestà intellettuale Andreasen [2003] anche nell'ambito del marketing sociale è avvertita l'esigenza di modelli teorici più sofisticati rispetto a quelli di cui si dispone ora. Abbiamo bisogno, in particolare, di non trattare il comportamento come un concetto monolitico. L'adozione di un comportamento nuovo è probabilmente qualcosa di diverso dall'abbandono di un comportamento consolidato. Allo stesso tempo è cosa diversa adottare un nuovo comportamento quando questo coinvolge solo il singolo individuo, rispetto a quando altre persone sono invece implicate (es. pianificazione familiare, protezione da malattie sessualmente trasmesse, ecc.). In secondo luogo conosciamo ancora poco del salto che interviene tra la contemplazione, l'acquisizione di informazioni, l'osservazione di innovazioni comportamentali altrui – ovvero tutto ciò che precede e che costituisce un prerequisito per l'adozione di un nuovo comportamento e, appunto, l'adozione stessa (ovvero, l'azione). Infine, non è improbabile che il marketing sociale risulti tuttora afflitto da un *starting change bias*, ovvero da un'eccessiva focalizzazione sul tema dell'inesco del cambiamento, con la conseguenza di trascurare invece il tema della stabilizzazione del cambiamento introdotto. In realtà, in molti ambiti, il mantenimento del cambiamento è almeno di pari rilevanza rispetto all'induzione del cambiamento. Anche relativamente al marketing sociale, pertanto, le possibilità di adozione di nuove modalità di intervento da parte delle aziende sanitarie pubbliche non sono disgiunte dal conseguimento dei progressi ancora necessari sul piano teorico.

Bibliografia

Andreasen, A.R.

2003 "The life trajectory of social marketing. Some implications", *Marketing Theory*, vol.3, n.3, pp.293-303.

Balmer, J.M.T. e Greyser, S.A.

2006 "Corporate marketing. Integrate corporate identity, corporate branding, corporate communications, corporate image and corporate reputation", *European Journal of Marketing*, vol.40, n.7/8, pp.730-741.

Berkowitz, E.N.

1996 *Essentials of Health Care Marketing*, Aspen, Gaithersburg.

- Coiera, E.
1998 "Information epidemics, economics, and immunity on the Internet", *The British Medical Journal*, vol.317, november 28, pp.1469-1470.
- Cosmi, L. e De Pietro, C.
2002 "L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il marketing", *Mecosan*, n.43, pp.51-66.
- Fiorentini, G. *et al.*,
1999 *Processi decisionali nella domanda di prestazioni ospedaliere: un'analisi empirica*, in Fabbri, D. e Fiorentini, G. (a cura di), *Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri*, Il Mulino, Bologna, pp.31-68.
- France, G. e Arcangeli, L.
1996 "La concorrenza amministrata nel nuovo Sistema sanitario nazionale", *L'Assistenza sociale*, n.1, gennaio-marzo, pp.71-82.
- Gilligan, C. e Lowe, R.
1995 *Marketing and Health Care Organizations*, Radcliffe Medical Press, Oxford-New York.
- Giovoni, Ch., Mallarini, E. e Rappini, V.
2003 *Lo sviluppo della funzione marketing*, in Pessina, E.A. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano, pp.423-444.
- Gremler, D.D. *et al.*
2001 "Generating positive word-of-mouth communication through customer-employee relationships", *International Journal of Service Industry Management*, vol.12, n.1, pp.44-59.
- Grilli, R.
2001 "Se la «pagella» gira in corsia la statistica si fa bugiarda", *Il Sole 24 Ore Sanità*, 13-19 novembre, pp.12-13.
- Hall, J.A. e Dornan, M.C.
1988 "What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature", *Social Science and Medicine*, vol.27, n.9, pp.935-939.
- Hastings, G. e McDermott, L.
2006 "Putting social marketing into practice", *The British Medical Journal*, vol.332, 20 may, pp.1210-1212.
- Katz, E. e Lazarsfeld, P.F.
1955 *Personal influence. The part played by people in the flow of mass communication*, Glencoe (IL), The Free Press.
- Kotler, Ph. e Levy, S.J.
1969 "Broadening the concept of marketing", *Journal of Marketing*, vol.33, january, pp.10-15.

- 1971 “Demarketing, yes, demarketing”, *Harvard Business Review*, vol.49, november/december, pp.74-80.
- Kotler, Ph. e Zaltman, G.
1971 “Social marketing: An approach to planned social change”, *Journal of Marketing*, vol.35, july, pp.3-12.
- Kotler, Ph. e Clarke, R.N.
1987 *Marketing for healthcare organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Kotler, Ph. e Roberto, E.L.
1989 *Social marketing. Strategies for changing public behavior*, The Free Press, New York (ed.it., *Marketing sociale. Strategie per modificare i comportamenti collettivi*, Edizioni di Comunità, Milano, 1991).
- Lega, F.
2006 “Developing a marketing function in public healthcare systems: a framework for action”, *Health Policy*, vol.78, pp.340-352.
- Lodolo D’Oria, V. (a cura di)
2003 *Pubblicità, sponsorizzazioni e Cause Related Marketing*, Il Sole 24 ore, Milano.
- Mazzarol, T. *et al.*
2007 “Conceptualizing word-of-mouth activity, triggers and conditions: an exploratory study”, *European Journal of Marketing*, vol.41, n.11-12, pp.1475-1494.
- Peattie, S. e Peattie, K.
2003 “Ready to fly solo? Reducing social marketing’s dependance on commercial marketing theory”, *Marketing Theory*, vol.3, n.3, pp.365-385.
- Porter, M.E. e Kramer, M.R.
2006 “Strategy and Society. The Link Between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility”, *Harvard Business Review*, december, pp.1-15.
- Sheaff, R.
2002 *Responsive healthcare. Marketing for a public service*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- Stanton, W.J. e Varaldo, R.
1986 *Marketing*, Il Mulino, Bologna.
- Thomas, R.K. e Calhoun, M.
2007 *Marketing Matters: A Guide for Healthcare Executives*, Health Administration Press, Chicago.
- Ugolini, C.
1999 *Libertà di scelta in sanità*, Il Mulino, Bologna.
- Vargo, S.L. e Lusch, R.F.
2004 “The four service marketing myths. Remnants of a goods-based, manufacturing model”, *Journal of Service Research*, vol.6, n.4, may, pp.324-335.