

## Processi Comunicativi in Area Sanitaria, Comunicazione e Bioetica.

### *Communication Processes in Healthcare: Communication and Bioethics*

#### C PENSIERI

Università Campus Bio-Medico di Roma

**Premessa** In Italia quasi mai si sente parlare di “buonasanità”. Secondo l’indice dei consumatori Euro Health Consumer Index<sup>1</sup> (EHCI), edizione 2008, l’Italia (con 640 punti su 1.000) si posiziona al 16° posto su 31 paesi. I Paesi Bassi sono in testa alla classifica con 839 punti, seguiti da Danimarca (che vince il Diabetes Index 2008), Austria (che aveva vinto nell’EHCI 2007), Lussemburgo e Svezia. “Abbiamo osservato alcuni miglioramenti per quanto riguarda l’accesso e i tempi di attesa, che indicano una volta tanto una positiva controtendenza dell’Italia,” dice il Dr. Arne Björnberg, Direttore della ricerca dell’Euro Health Consumer Index, “ciononostante”, conclude, “in linea generale il sistema sanitario italiano è mediocre e deve migliorare in tutte le subcategorie”. Eppure secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, l’Italia sarebbe al secondo posto al mondo. In verità, entrambe le classifiche vanno lette con attenzione per non tentare di cadere in facili e semplicistiche riflessioni sulla malasana in Italia<sup>2</sup>. La valutazione dell’Oms era basata su dati generali (la vita media, la mortalità infantile, ecc.) importantissimi certo, ma non del tutto ascrivibili alla qualità del sistema sanitario. Di contro, l’Euro Index considera un parziale punto di vista dei “consumatori”, i quali imputano al sistema sanitario difetti di organizzazione, liste d’attesa, difficoltà di comunicazione tecnica, i diritti negati ai malati e non considerano invece la quantità e la qualità delle cure né tantomeno il rapporto interpersonale o la comunicazione aziendale interna o esterna. Il problema principale sembra quindi essere il seguente: il Sistema Sanitario eroga dei servizi di alta qualità professionale ma essi non sono percepiti tali dai fruitori. Nel momento in cui un paziente/fruitor formula un giudizio, sembrano entrare in gioco parametri di giudizio sulle prestazioni che sono diversi dalla semplice qualità dell’erogazione del servizio. Naturalmente come ogni ricerca, nelle due sopra citate risiede parte della verità e la risposta spesso è: investire per migliorare... ma il termine migliorare è vago, si fanno investimenti che non portano ai risultati sperati e si rivelano quindi degli sprechi di denaro pubblico, allora perché non ricercare l’eccellenza ed esportarla? Come fanno alcune aziende ospedaliere ad eccellere nella comunicazione col cittadino ed altre no? Come è possibile che una buona comunicazione (interna e interpersonale) abbia il sopravvento nella formulazione di un giudizio sulla intera sanità italiana contro un servizio magari non del tutto di qualità? Una delle possibili soluzioni per cercare di avvicinare la “*qualità reale erogata*” alla “*percezione*” che di essa ne ha il fruitore/paziente, passa certamente dal miglioramento della visibilità del “Sistema Sanità”, realizzabile attraverso una più efficace ed efficiente comunicazione, sia interpersonale che interna.

**Parole Indice:** Buonasanità, Comunicazione, Visibilità, Sistema Sanità.

**Background** *It’s not usual hearing the word “good-healthcare” in Italy. According to the index of consumer Euro Health Consumer Index (EHCI), edition 2008, Italy (with 640 points out of 1,000) ranks the 16th place out of 31 countries. Netherlands is in the ranking with 839 points, followed by Denmark (which won the Diabetes Index 2008), Austria (which had won the EHCI 2007), Luxembourg and Sweden. Dr. Arne Björnberg, Research Director of the Euro Health Consumer Index, says “We have noted some improvements in accessing and waiting times, which indicate a positive contrast of Italy” but he concludes, “generally, the Italian health system is poor and must improve in all subcategories”. Yet according to the World Health Organization, Italy ranks the second place in the world. In truth, both classifications should be read carefully in order not to fall into easy and simplistic thinking about malpractice in Italy. Evaluation of WHO was based on general data (the average life expectancy, infant mortality, etc.). Certainly impor-*

<sup>1</sup> Gli indicatori utilizzati nella ricerca condotta dalla Health Consumer Powerhouse, sono suddivisi in sei aree: Diritti e informazione dei pazienti, e-Sanità, Tempi di attesa per il trattamento, Risultati, Gamma e ambito dei servizi forniti e Farmaci.

<sup>2</sup> Di seguito alcune domande poste al campione: Can patients get compensation without the assistance of the judicial system in proving that medical staff made mistakes? Is national HC legislation explicitly expressed in terms of Patients’ rights? Right to second opinion (Description: For a

non-trivial condition without having to pay extra) Information which can help a patient take decisions of the nature: “After consulting the service, I will take a paracetamol and wait and see” or “I will hurry to the A&E department of the nearest hospital”. Cross\*border care information (Description: Lack of information stated as a reason for not seeking medical treatment abroad). % of practices using electronic networks for prescriptions to pharmacies, Can patients in your country see a specialist without first having to gain a referral from a primary\*care doctor?

*tant, but not entirely attributable to the quality of the healthcare system. In contrast, the Euro Index considers a partial point of view of “consumers”, which allocate to the health system defects in organization, waiting lists, difficulties in communication technology, human rights denied to the sick and do not consider instead the quantity and the quality of care nor the interpersonal relationship or the corporate communication internal or external. The main problem seems to be the following: the health system provides services of high quality but they are not perceived thus by users. When a patient has mixed feelings, parameters on the performance assessment that are different from the simple delivery of quality service, come into play. Of course, like any research, in the two above mentioned lies the truth and the answer often is: invest to improve. But the term “better” is vague, there are investments that do not lead to expected results and thus the wastage of public money, then why don't we pursue excellence and export it? How can some companies be the best in the hospital for communication with citizens while others cannot? How can a good communication (internal and interpersonal) have the upper hand in formulating an opinion on the whole against the Italian health care service, perhaps not quite of quality? One of the possible solutions to try to bring the “actual quality delivered” to the “perception” that it has on the user / patient, is to improve the visibility of the “Healthcare System”, achieved through more effective and efficient communication, both interpersonal and internal.*

**Index Terms:** *Communication, Visibility, Healthcare System, Healthcare Communication.*

## Introduzione

In Italia nel settore della Sanità lavorano migliaia di medici (3,7 per 1000 abitanti), infermieri (7.1 per 1000 abitanti<sup>3</sup>), tecnici e operatori, amministratori capaci e professionisti<sup>4</sup>, quasi 13 milioni di ricoveri in ospedale ogni anno, 4 milioni e 700.000 interventi chirurgici, oltre 79 milioni di giornate di degenza per oltre 1.337 strutture ospedaliere pubbliche e private.

Vedendo tutto ciò in un'ottica di unitarietà si potrebbe/dovrebbe dire che "l'Azienda Sanità" in Italia conta migliaia di lavoratori e che, ogni ospedale, è un dislocamento territoriale dell'azienda principale che è la Sanità Italiana.

Come in ogni grande azienda, se da una parte viene data molta importanza all'efficacia e all'efficienza dei servizi offerti, dall'altra dovrebbe essere messo in primo piano il rapporto con il fruitore dei propri servizi.

Ma non è sempre così.

Il problema della relazione fra la Struttura Sanitaria e i suoi fruitori, *in primis* dal punto di vista delle scelte comunicative messe in atto dalla Struttura stessa, viene affrontato raramente ed in modo poco soddisfacente rispetto ad un'auspicabile ricaduta applicativa, diretta a migliorare lo spesso insoddisfacente flusso comunicativo che in tale relazione si instaura.

Accade spesso che manifestazioni di malumore di utenti insoddisfatti per i servizi resi dalla struttura, non vengano raccolte in maniera adeguata proprio per la mancanza di punti d'incontro tra domanda dell'utente e flussi comunicativi poco attenti, scarsamente flessibili nella quotidianità standardizzata delle procedure, poco focalizzati sull'individuo e incapaci di soddisfare istanze che esulino da risposte pre-impostate.

Se da una parte l'utente ha la percezione di non essere ascoltato dall'azienda, dall'altra l'azienda stessa, mancando di una comprensione piena, adotta provvedimenti che si rivelano slegati e indipendenti dai problemi dei fruitori, in antitesi con l'ideale di efficacia ed efficienza del servizio, rappresentando talvolta un vero e proprio spreco di denaro.

Ecco quindi che il danno è duplice. Lo studio di tali dinamiche risulta quindi non solo eticamente auspicabile, per concretizzare pienamente il diritto alla salute di ogni cittadino, ma anche per evitare che il sistema sanitario diventi, inconsapevolmente, una macchina in perdita.

Un esempio di quanto sia importante ampliare gli studi sulla comunicazione e sulle fonti di soddisfazione/insoddisfazione dell'utente, è facilmente rintracciabile se si

pensa che, alcune strutture, sono apparentemente vicine a modelli d'eccellenza, in base a conclusioni da loro stesse prodotte sui numeri estremamente ridotti dei reclami. Una semplice indagine in merito può rivelare come il dato sia in realtà un indicatore di estrema disattenzione verso l'utente perché, piuttosto banalmente, non deriva da una mancanza di lamentele registrate ma da una mancanza di strutture capaci di accogliere le lamentele stesse (assenza di un Ufficio URP, scarsa informazione su come esprimere i reclami, malfunzionamento della mail predisposta alla comunicazione col pubblico, ecc.).

L'assenza di reclami ufficiali<sup>5</sup>, quindi, è semplicemente data dalla mancanza della possibilità di espressione degli utenti; la struttura stessa non può mettere in atto azioni e o misure adeguate a risolvere il problema perché non è attrezzata a raccogliere la segnalazione, a volte per mancanza di personale addetto, a volte perché non ritenuto un servizio necessario ma solo una spesa da tagliare.

Detto questo, si ritiene che, solo prendendo atto di tali mancanze si possano attuare strategie volte a migliorare, nel lungo periodo, numerose disfunzioni interne al sistema sanitario.

Un'altra riflessione qui appare cruciale. Per quanto lo Stato cerchi di perseguire un'ideale "aziendalizzazione" della Sanità italiana, quello che manca, in alcuni casi, è proprio "l'idea di azienda". L'attenzione a reclami, lamentele, consigli e critiche degli utenti, sono parte integrante dell'attività aziendale, è uno degli elementi principali che permette di avere dei clienti più soddisfatti, che vedono appagato il proprio "diritto di parola". Il giusto ascolto e una comunicazione chiara ed efficiente conducono sempre a dei risultati benefici, e non è un caso che le più grandi aziende al mondo abbiano tutte un'ottima sezione di "Customer Relationship".

Ma la bontà di queste scelte strategiche non è ancora ben chiara alla nostra sanità. Ancora troppo spesso, soprattutto ai vertici delle strutture<sup>6</sup>, si pensa che la comunicazione sia un accessorio al "core business", che i reclami e le lamentele siano degli elementi marginali: l'Urp c'è perché ci "deve" essere<sup>7</sup>, meno persone vi

<sup>5</sup> Dalla ricerca condotta sull'SSR Laziale del 2009, dalla Young at Work Communication, è emerso che solo il 14% delle Strutture Sanitarie campionate aveva uno strumento per il reclamo compilabile on-line, tutte le altre "form" andavano scaricate, stampate e rispedito via posta ordinaria a carico del reclamante, complicando in questo modo la possibilità di comunicare del cittadino.

<sup>6</sup> Perché invece dai primi dati della ricerca in corso sembra che gli uffici Urp e gli Uffici Comunicazione l'abbiano capito benissimo.

<sup>7</sup> Legge 7 giugno 2000 n.150 - Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni che, tra le altre cose, all'art. 8 prevede: d) *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;*

<sup>3</sup> Rapporto OCSE 2008.

<sup>4</sup> Ferraris P.C., *La casta bianca*, Mondadori, Milano, 2008.

lavorano più l'azienda può risparmiare su risorse già scarse, raccogliere troppi reclami vuol dire perdere denaro e molte altre convinzioni di questo tipo portano a non dedicare la giusta attenzione alla comunicazione messa in atto dalla propria azienda.

A queste riflessioni si legano altri interrogativi. Quando il tema non viene ignorato, come reagiscono le strutture alle problematiche legate alla comunicazione? Quando vengono fatte ricerche sui malesseri dei cittadini o sulle lamentele più comuni, come si riflettono sulle scelte strategiche delle strutture? Vengono recepite o il tutto resta chiuso in un cassetto? E poi, qual è la percezione che le strutture hanno di se stesse?

La consapevolezza della propria immagine o il desiderio di comunicare un'immagine di un certo tipo, potrebbe infatti, influire in modo determinante sulle scelte messe in atto per migliorare i servizi offerti.

Ricordando l'assioma della comunicazione che afferma: *"Il risultato della comunicazione è nel feedback che si ottiene"*<sup>8</sup> il presente progetto di ricerca è stato intrapreso proprio per esaminare di che tipo è il feedback che le strutture sanitarie ricevono rispetto al proprio operato e alla propria comunicazione, come e se, arriva all'Urp e come viene elaborato. Si cerca di rilevare, quindi, qual è l'importanza che viene data dall'azienda ospedaliera alla comunicazione.

Indagare quest'aspetto diventa fondamentale se si tiene conto del fatto che oggi il "paziente" si è accorto di essere un portatore legittimo di diritti<sup>9</sup>, oltre che, ovviamente, di doveri.

Si tratta di una presa di coscienza oramai in atto e dovuta principalmente a quattro fattori reciprocamente correlati:

1. una maggiore informazione ed una collegata crescita di consapevolezza;
2. l'estendersi di una concezione della salute di natura bio-psico-sociale e non solamente bio-medica;
3. un aumento dei diritti effettivi sanciti legalmente;
4. un ruolo più forte, ad intensità tuttavia non costante, del co-settore nella sua funzione di advocacy<sup>10</sup>.

La qualità della sanità non può riferirsi a un aspetto soltanto, né d'altra parte può riguardare solo l'aspetto relazionale.

La cultura spendibile del medico non è certamente messa in discussione: la soddisfazione di un cittadino è un pallido risultato se non è legata ad un'efficacia reale degli interventi.

La medicina ha un suo proprio dominio, una sua dignità, un suo compito sociale, ai quali non può abdicare, perché la funzionalità verso gli altri settori della società, per quanto legittimamente richiesta, non può prevaricare sul suo proprio modo di agire.

La medicina è un sotto-sistema<sup>11</sup> strumentale nei confronti del sistema più generale delle cure (offre mezzi e risorse mediche per la salute), ma lo è dentro un sistema d'integrazione sociale più complesso che ha come scopo la condizione di salute delle persone e della popolazione come suo proprio e infungibile obiettivo.

Recentemente sono sempre più frequenti le riflessioni sui comportamenti connessi alla gestione della salute e della malattia attraverso lo studio delle reti sociali (social network).

Ricordiamo a tal proposito che lo studio sociologico della salute ha subito un'evoluzione che può essere illustrata in tre fasi:

a) Una fase iniziale in cui è centrale l'"individuo"<sup>12</sup> e il suo comportamento individuale. Il paziente è considerato come un atomo isolato, sul quale molto forte è il ruolo del medico (Parsons) e che, in base a prescrizioni di ruolo, assume determinati comportamenti e gestisce la propria salute e malattia secondo canoni culturalmente ammessi e condivisi.

b) Una seconda fase in cui l'attenzione è centrata prevalentemente sull'"ambiente", sui fattori socio-culturali che influenzano le modalità di gestione della salute, le diverse risposte ai sintomi e alle malattie, la diffusione di alcune patologie.

c) La terza e più recente fase in cui è centrale l'"interazione" fra l'individuo e la propria rete relazionale. L'individuo è di nuovo al centro dell'attenzione ma, questa volta, non è più un atomo isolato bensì una cellula che interagisce col sistema, inserito in un'ampia rete di rapporti e relazioni, il cui comportamento può essere spiegato e compreso in quanto funzionale al mantenimento delle caratteristiche relazionali e strutturali della propria rete sociale di riferimento (social network).

<sup>8</sup> Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatics of Human Communication*, 1967, New York, W.W. Norton. Tr. it.: *Pragmatica della Comunicazione Umana*, Astrolabio, Roma, 1971.

<sup>9</sup> Cipolla C., Giarelli G., Altieri L., *Valutare la qualità in sanità*, FrancoAngeli, Milano, 2002.

<sup>10</sup> Tutela e promozione dei diritti sociali, in Cipolla C., *Il co-settore in Italia*, Angeli, Milano, 2000.

<sup>11</sup> Giarelli G., *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Angeli, Milano, 1998.

<sup>12</sup> Di Nicola P., in *Manuale di sociologia sanitaria*, (a cura di) P. Donati. Cfr.

## Il progetto di ricerca

È a quest'ultimo approccio che fa riferimento la ricerca "*Il paziente, numero o persona? Processi comunicativi in ambito sanitario*", progetto di studio sovvenzionato dalla Associazione Nazionale fra le Banche Popolari<sup>13</sup> ed affidato alla Young At Work communication<sup>14</sup>.

Mentre, come è stato detto, è facile parlare di malasanità in Italia e, molte ricerche di settore mirano ad individuare sprechi e inefficienze, questa ricerca nasce idealmente con l'obiettivo di cercare l'*eccellenza*.

Obiettivo ultimo non è quello di fare denuncia, ma di ottenere un contributo conoscitivo valido e innovativo, tale che ne possa beneficiare chi nel settore della Sanità è interessato a migliorare i propri servizi.

Sono stati quindi formulati alcuni interrogativi di carattere generale: c'è qualche struttura ospedaliera che eccelle nella comunicazione? Come riesce a farlo? È possibile che, chi non punta sulla comunicazione, sia limitato da vincoli di budget oppure mancano alla base dei modelli gestionali capaci di mettere in primo piano una buona comunicazione?

Questi interrogativi sono sembrati tanto più attuali quanto più si è costatato che, alle soglie del 2010, in un tempo in cui l'informazione viaggia per i suoi due terzi su internet, ci sono ancora ospedali che non hanno un sito internet, lavorano riferendosi alla sola comunità medica e sono "chiusi" rispetto alla più ampia collettività di utenti, cosa che per molti versi contribuisce anche a diffondere una cattiva immagine pubblica dell'intero SSN.

## Disegno della ricerca e metodologia

Con queste premesse si è intrapreso un percorso di ricerca circoscritto ad un periodo di 12 mesi, nel quale si è scelto di coinvolgere alcuni ospedali romani rilevanti rispetto alla propria "popolarità", ma anche vari rispetto a dimensioni e competenze specifiche.

Le strutture ospedaliere coinvolte sono 7:

1. Università Campus Bio-Medico di Roma
2. C.T.O. (Centro Traumatologico Ortopedico) A. Alesini

3. Policlinico Universitario A. Gemelli
4. Policlinico Universitario Tor Vergata
5. S. Eugenio
6. Fatebenefratelli
7. IFO (Istituti Fisioterapici Ospitalieri) di Roma

Per ogni struttura la ricerca prevede l'*analisi della comunicazione* messa in atto nei confronti dei fruitori dei suoi servizi.

Per esaminare le eventuali criticità della comunicazione si è seguito un approccio solitamente applicato alle Aziende che producono beni o erogano di servizi, ritenendo fondamentale fare una valutazione dei livelli essenziali di comunicazione della Struttura sanitaria nella loro forma classica di comunicazione *telematica* (analisi dei siti internet, livello di accessibilità a disabili ecc.), *locale* (analisi della comunicazione visiva attuata all'interno della struttura fisica, analisi della segnaletica verticale, orizzontale linee cromatiche, ecc.), *relazionale* (tramite focus group) e *di confine*.

Assumendo un'ottica aziendale, con il termine "fruitore" non si intende il solo "paziente", ma ogni soggetto che, per un motivo o per un altro, entra in contatto con l'Azienda Sanitaria: possono essere fruitori i visitatori, i parenti dei ricoverati, gli studenti, il personale medico-sanitario, i fornitori, i relatori, i conferenzieri, etc.

Essendo un campo d'applicazione molto vasto, che può spaziare dalla visibilità sui media delle singole strutture all'analisi del rapporto comunicativo/fiduciario medico-paziente o personale sanitario-paziente, si è scelto di investigare le principali forme di *comunicazione persuasiva* necessarie, così da poter ricavare eventuali linee guida per una comunicazione essenziale ed efficiente.

Il progetto di ricerca prevede quindi l'analisi delle 6 dimensioni principali della comunicazione aziendale, per ognuna delle quali è stato predisposto uno strumento di rilevazione *ad hoc*:

- 1) la **comunicazione visiva locale**, in particolare la comunicazione strategica e strutturale, come le linee cromatiche dei cartelli, le indicazioni dei reparti, i badge del personale medico-sanitario, ecc.; lo strumento di rilevazione è una *scheda di analisi strutturale della location*, a cura di un incaricato YatW che, oltre a compilare le voci richieste, annota anche i tempi di percorrenza fra alcuni punti strategici della struttura per un totale di 30 items;
- 2) la **comunicazione telematica**, in particolare lo sviluppo dei siti web delle Aziende ospedaliere in termini di efficacia ed efficienza della comunicazione; lo strumento utilizzato è una *scheda di analisi dei siti web*, compilata da un incaricato YatW nella consultazione del sito web di ciascuna Azienda per un totale di 37 items;

<sup>13</sup> Sin dalla sua fondazione, la Associazione Nazionale fra le Banche Popolari ha fatto propri i principi cardine del Credito Popolare basati sul concetto chiave di localismo, come valorizzazione del territorio, impegno sociale, supporto alle "piccole e medie imprese" ed alle famiglie. Questi valori rappresentano ancora oggi il carattere distintivo del Credito Popolare. In un'ottica di responsabilità sociale e localismo, l'Associazione Nazionale fra le Banche Popolari sostiene questo progetto ricerca di comunicazione aziendale, nell'ambito delle Strutture sanitarie laziali ed in particolar modo, di Roma.

<sup>14</sup> Agenzia di Comunicazione che si occupa di Marketing, Advertising, PNL, Web Solutions e Corporate Strategies - www.yatw.it

- 3) l'**approccio alla comunicazione dei direttori Urp**, rilevato in modo qualitativo attraverso un'intervista non direttiva, a chi gestisce il servizio delle relazioni con il pubblico o con un suo facente veci per un totale di 22 items;
- 4) la **percezione interna** delle problematiche reali affrontate giornalmente dal personale sanitario nella comunicazione con i fruitori della struttura; lo strumento utilizzato è un *focus group* su 25 punti di interesse, che permette un esame approfondito di questa dimensione attraverso una discussione aperta guidata da un moderatore YatW;
- 5) il **Brand Ospedaliero**, l'innovativo modello **AVhOB** della YatW introduce in ambito sanitario concetti e modelli di analisi affini al "BAV"<sup>15</sup>, metodologia utilizzata nel settore del marketing per lo studio dei brand; gli strumenti utilizzati sono di tipo *quali-quantitativo*, inclusi in un questionario da somministrare ai responsabili Urp in presenza di un intervistatore.

## Il Brand Hospital

Con l'avvento dell'Aziendalizzazione, ogni ospedale ha assunto una sua denominazione specifica ed un suo logo specifico.

Proprio come un'azienda produttrice di beni e/o servizi l'ospedale si rende visibile al pubblico anche tramite il suo Brand<sup>16</sup> (logo-marca) e, come tale, esso ha la proprietà intrinseca di veicolare una specifica visione, missione e valori aziendali.

Il Brand dell'ospedale viene percepito in modo autonomo dai cittadini, in base a criteri specifici tra i quali: la comunicazione che mette in atto e la qualità dei servizi che offre.

Come ogni dislocazione territoriale di un'azienda più grande (l'SSN<sup>17</sup>) ogni ospedale, con la sua specifica Marca/brand) inciderà sull'idea che i cittadini si fanno dell'intero "Sistema Sanità" italiano.

Ricordando che, nel mondo occidentale, i beni di consumo, sul piano del regime comunicativo, sono passati attraverso una prima fase nata nel corso dell'Ottocento che può essere considerata la fase della *réclame*.

In tale periodo era sufficiente fare conoscere il prodotto e, la marca, si limitava ad una funzione di denominazione, cioè a consentire sostanzialmente di identificare un prodotto rispetto ai concorrenti<sup>18</sup>.

A tale fase è subentrata poi quella della vera e propria pubblicità moderna.

Ma dalla fine degli anni Ottanta, i beni hanno incominciato a cercare di liberarsi dalla pubblicità, per approdare ad una nuova e terza fase.

La pubblicità appare sempre più impossibilitata a progredire e si volge all'indietro, citando di continuo la sua storia passata, sebbene cerchi contemporaneamente anche di esplorare nuovi territori.

Diventa dunque sempre più "autoreferenziale" e cosciente del proprio linguaggio.

In una società come l'attuale, che appare sempre più invasa dalla comunicazione in tutte le sue forme, non è più sufficiente comunicare l'esistenza di un prodotto o delle informazioni rispetto a ciò che tale prodotto è in grado di offrire, ma è necessario comunicare un'identità specifica.

Pertanto, le marche non poterono limitarsi a denominare una certa linea di prodotti, ma dovevano proporre uno stile di vita, un'estetica e addirittura una visione del mondo<sup>19</sup>.

Si ribaltò così il rapporto con i prodotti e, ad oggi, questi ultimi non possono esistere e funzionare se non all'interno del mondo comunicativo proposto dalla marca.

Proprio la crescente importanza che la marca sta assumendo fa sì che essa progressivamente amplii le sue connessioni nel mercato e nel sociale.

Siamo dunque sempre più di fronte anche ad una sorta di "marca-network", ad una marca cioè il cui scopo primario è di essere costantemente in relazione con ciò che si trova al suo esterno, cioè con gli individui che la circondano.

<sup>15</sup> Il Brand Asset® Valuator ideato dalla Young&Rubicam (multinazionale leader nella comunicazione) e utilizzato dal 1998 in collaborazione con l'Istituto Gallup-Doxa, attraverso 56 regole serve a misurare e valutare la notorietà di un brand per intervenire sul suo futuro. È il più vasto database di Marche al mondo.

<sup>16</sup> Il Brand, in italiano "Marca" è un nome o un simbolo distintivo (per esempio un logo, un marchio, il design di una confezione) che serve ad identificare i beni o i servizi di un venditore o di un gruppo di venditori e a differenziarli da quelli di altri concorrenti

<sup>17</sup> Per quanto ancora manchi in Italia il concetto di allineamento aziendale, il quale afferma che ogni dislocazione territoriale, pur avendo ognuna una sua missione specifica è comunque allineata alla Macro-Visione e Macro-Missione aziendale, alcune realtà territoriali si stanno muovendo in tal senso, vuol dire che mentre l'SSN ha la sua Macro-mission: "La

tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale. Il SSN italiano ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce cioè l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro" (Fonte: <http://www.ministerosalute.it/ministero/sezMinistero.jsp?label=principi>), altri ospedali si allineano alla Macro-Missione pur avendo le loro specifiche, ad esempio il policlinico A.Gemelli di Roma ha come Mission "Impegno per l'eccellenza", il Campus Bio-Medico "La Scienza per l'Uomo", ecc.

<sup>18</sup> Codaluppi V., IULM Milano, Convegno: "Le tendenze del Marketing in Europa", Università Ca' Foscari Venezia, 24 Novembre 2000.

<sup>19</sup> Riou N., *Pub fiction. Société postmoderne et nouvelles tendances publicitaires*, Éditions d'Organisation, Paris 1999.

Certo, le funzioni tradizionalmente svolte dalla marca non sono scomparse.

Quelle funzioni cioè che Kapferer e Thoenig, hanno definito come identificazione, orientamento, garanzia, personalizzazione, ludicità e praticità continuano egregiamente a svolgere il proprio compito<sup>20</sup>.

Sono però sempre più sopravanzate da una nuova funzione di collegamento comunicativo tra la marca e numerosi altri soggetti.

È possibile dunque affermare che la marca sta diventando sempre più “relazionale”<sup>21</sup>.

Non è un caso, perciò, che Aaker<sup>22</sup>, Batra e Myers<sup>23</sup> abbiano sostenuto che il rapporto tra l’individuo e la marca dipende sostanzialmente da due fattori:

- la relazione tra la marca personificata e il consumatore<sup>24</sup>;
- la personalità della marca<sup>25</sup>

Ci pare che la direzione di relazionalità della marca che è orientata verso l’immaginario sociale meriti una particolare attenzione, perché è oggi soggetta ad un processo di notevole espansione e perché presenta in misura maggiore un problema: la necessità del mantenimento da parte della marca di una specificità sul piano dell’identità.

Più la marca si espande sul territorio sociale, più diventa per essa faticoso mantenere una coerenza di tipo comunicativo.

### AVoHB “Analysis Valuator of the Hospital’s Brand”

“La marca è un nome o un simbolo distintivo (per esempio un logo, un marchio, il design di una confezione) che serve ad identificare i beni o i servizi di un venditore o di un gruppo di venditori e a differenziarli da quelli di altri concorrenti”<sup>26</sup>.

Nella maggior parte dei casi, l’evoluzione del concetto di Brand, fa sì che non siano più solo i prodotti a

dare un valore effettivo associato alla Marca, bensì che essa sia diventata un’entità autonoma, circondata da un mondo in cui il consumatore viene avvolto, attraverso emozioni e valori che le sono stati costruiti intorno.

Pensiamo, infatti, ad un Brand come la Nike o la Ferrari. Sono Marchi che vivono di vita propria, con dei valori percepiti che vengono dal consumatore trasferiti sul prodotto. Infatti, per un nuovo modello della Ferrari, il consumatore non ha bisogno di vederlo o “toccarlo con mano” per sapere di cosa si tratti. Il Brand pertanto diventa esso stesso un prodotto e viene studiato, misurato ed infine gli viene assegnato un valore economico.

Quello che è all’inizio era il merchandising, ormai diventato Brand Licensing<sup>27</sup> ne è una prova.

In base a questa premessa, si è voluto fare un’analisi delle Strutture ospedaliere, considerandole sotto l’aspetto della percezione che si ha di loro, intendendole come un “Marchio”. Naturalmente, i presupposti di analisi sono differenti rispetto ad una valutazione di un Brand commerciale.

Il modello permette di esaminare l’immagine di un Brand dalla nascita al declino e di considerare come si presenta nella mente del fruitore, una marca di successo rispetto ad una debole.

È stato, quindi, ideato un nuovo modello di analisi basato sul “BAV”, ma sviluppato nell’ambito delle Aziende sanitarie, concetto applicato per la prima volta in questo settore.

Infatti, pur mantenendo i 4 elementi fondamentali di un Brand analizzati con il “BAV”, è stato modificato e completamente riformulato in quanto, in questo caso specifico, si tratta appunto di Ospedali che erogano servizi con un’elevata responsabilità sociale.

Il particolare modello ideato dalla YOUNG at WORK communication, sulla base del “BAV” della Y&R ed adattato all’ambito sanitario, ha lo scopo di indagare la percezione che la singola Azienda sanitaria ed in particolare chi la rappresenta all’esterno (cioè i dirigenti degli Urp), hanno dei loro “competitors”<sup>28</sup> o comunque

<sup>20</sup> Kapferer J.-N. e Thoenig J.C. (a cura di), *La marca. Motore della competitività delle imprese e della crescita dell’economia*, Guerini, Milano 1991.

<sup>21</sup> Degon R., *La marque relationnelle*, Vuibert, Paris 1998.

<sup>22</sup> Aaker D.A., *Managing Brand Equity*, 1991.

<sup>23</sup> Aaker D.A., Batra R. e Myers J.G., *Advertising Management*, New York, Prentice-Hall, 1995.

<sup>24</sup> Verso l’impresa e i suoi prodotti; verso i consumatori, operando come un “ponte” tra il prodotto e i consumatori; tra consumatori e consumatori, cioè nelle relazioni che comunemente si stabiliscono tra gli individui; verso le altre marche operanti sul mercato; verso l’immaginario sociale

<sup>25</sup> Maffesoli M., *La contemplazione del mondo. Figure dello stile comunitario*, Costa & Nolan, Genova 1996.

<sup>26</sup> Aaker D.A., *Managing Brand Equity*, 1991.

<sup>27</sup> Il titolare di un marchio, tramite una concessione, cede a terzi il proprio marchio e/o il diritto d’uso, su entità, beni protetti da trademark o copyright. È uno strumento di marketing che coinvolge molte industrie e molti settori merceologici (sia di produzione che di erogazione di servizi). Elemento fondamentale del pagamento è, generalmente, una royalty, ovvero una percentuale del prezzo complessivo di vendita per ogni prodotto venduto.

<sup>28</sup> Questa nominalizzazione tipica del campo aziendale, dovrebbe essere riadattata all’ambito sanitario, ma in questa sede sembra rendere bene l’idea della spinta alla organizzazione produttiva, alla comunicazione efficace ed a tutte le scelte di una Azienda di qualità che la portano all’eccellenza (sarebbe anche opportuno in futuro introdurre il “modellamento dell’eccellenza” tipica della Programmazione Neuro-Linguistica).

delle altre Aziende sanitarie. Questo non vuol dire che la **“fotografia”** che ne uscirà sarà rappresentativa della effettiva percezione dei fruitori, perché, per ottenere questo dato, lo strumento dovrebbe essere adattato alla reale percezione che essi hanno dei servizi sanitari.

Ma questo vuol anche essere la base per un “benchmarking dell’eccellenza” di comunicazione aziendale efficace, e quindi notare “cosa e come” i differenti responsabili degli Urp pensano delle altre strutture, per capire quali sono le scelte ed i modelli di pensiero che portano un responsabile Urp ad attuare comportamenti o scelte aziendali che portano all’eccellenza nel campo della comunicazione.

Il modello di analisi della Marca/Azienda sanitaria elaborato, prevede l’esame di 2 elementi, in base a 4 indicatori principali:

I 4 indici del modello classico, nello specifico sono: **Diversità, Rilevanza, Stima e Familiarità.**

I quattro pilastri sono poi stati adattati nel nostro modello **“AVoHB”** nella seguente modalità<sup>29</sup>:

### 1) DIVERSITÀ

La diversità è la peculiarità che differenzia il **valore percepito** di un’Azienda ospedaliera nel senso di Marca/Brand (dalla derivazione del BAV).

Più il valore associato di diversità al Brand è diverso dagli altri, più sarà lo stimolo ad usufruire dei servizi erogati da quel Brand/Azienda ospedaliera, il suo punteggio deriva dai 4 aggettivi utilizzati nelle interviste e dal punteggio ottenuto nella domanda relativa alla “diversità”.

Poiché questo items vuole indagare la diversità, se un Ospedale ritiene il suo punto di forza ad esempio il *“parto in acqua”* ed anche l’Ospedale 2 ritiene che il suo punto di forza sia il *“parto in acqua”*, ecco che il suo punteggio di differenziazione diminuisce.

### 2) RILEVANZA

La rilevanza indica l’**adattabilità della marca** alle esigenze personali degli utenti.

Se l’erogazione dei servizi ospedalieri non rispecchia le aspettative degli utenti, in altre parole non è corrispondente ai loro bisogni/desideri, ci sarà una percezione negativa (nonostante la qualità dei servizi sia buona) dell’immagine dell’intera Azienda ospedaliera.

Il suo punteggio deriva dai 4 aggettivi utilizzati nelle interviste e dal punteggio ottenuti nelle 2 domande relative alla “rilevanza”.

### 3) STIMA

La stima è la **considerazione** in cui è tenuta la marca/Azienda ospedaliera da parte degli utenti.

Indica il modo in cui il Brand/Azienda ospedaliera adempie alla promessa, implicita o esplicita, fatta ai suoi fruitori. Nel percorso di costruzione di una marca, la stima segue la diversità e la rilevanza, ma può continuare a sopravvivere anche molti anni dopo la scomparsa di tali pilastri. Il suo punteggio deriva dai 4 aggettivi utilizzati nelle interviste e dal punteggio ottenuti nelle 2 domande relative alla “stima”.

### 4) FAMILIARITÀ

La Familiarità è il **risultato finale** di tutti gli sforzi di comunicazione e delle esperienze che i fruitori di un ospedale hanno avuto con il Brand/Azienda ospedaliera.

È qualcosa di più profondo e radicato della semplice conoscenza, non significa, infatti, solo conoscere la “Marca”, ma anche comprendere pienamente quello che essa rappresenta fino a considerarla parte integrante del proprio ambiente. Il suo punteggio deriva dai 4 aggettivi utilizzati nelle interviste e dal punteggio ottenuti nelle 2 domande relative alla “familiarità”.

La costruzione della *“PowerGrid”* del modello di analisi delle Strutture sanitarie si basa sul posizionamento sulle Ascisse (asse X) della Statura del Brand Ospedaliero. La quale è una risultante data dalla somma della Stima e della Familiarità.

Sulle Ordinate (asse y), invece viene indicato il valore della Forza percepita del Brand; sommatoria del valore della Diversità e della Rilevanza.

Forza e Statura sono espresse in un valore numerico che va da 0 a 100. Mentre i 4 Pilastri (Stima, Familiarità, Diversità e Rilevanza) sono espressi in un range che va da 0 a 50.

Inoltre ogni singolo Pilastro è il risultato della sommatoria tra il valore totale dei 4 aggettivi e dal punteggio finale delle domande. Aggettivi e Domande hanno un peso paritario all’interno di ogni singolo pilastro, per cui sia il punteggio finale degli aggettivi che quello delle domande sono espressi in base 25, ovvero dopo una standardizzazione attuata attraverso una proporzione matematica.

## Comunicazione bioetica

In questa prospettiva il criterio decisivo consiste nell’appropriatezza dell’azione comunicativa, se essa corrisponde a quello che è necessario fare, per promuovere il bene proprio e altrui.

Bisogna tener conto sia dell’intenzionalità che dell’intenzione, oltre che da alcune circostanze contingenti.

<sup>29</sup> Tutti i punteggi ottenuti dai singoli item, saranno ponderati, ovvero standardizzati per ottenere un risultato finale che “pesi” esattamente il 25% per ogni pilastro.



Infatti, spesso c'è l'**intenzione**<sup>30</sup> (intesa come "*finis operantis*") di entrare in contatto relazionale con i pazienti ed allora si sviluppano siti web, tutti gli ospedali campionati erano dotati di un sito web, si stampano volantini informativi sui servizi offerti, si collocano le strisce cromatiche (presenti solo nel 29% delle strutture), con un grande e oculato impegno economico.

Ma se la Bioetica deve partire da un'analisi puntuale dell'agire (intenzionalità ed intenzione) e delle

procedure in vigore, ugualmente, deve valutare le conseguenze tanto positive come negative delle comunicazioni prodotte.

Tuttavia, una comprensione più profonda ed esatta del valore morale del comportamento umano, cioè, del significato intero dell'agire, è impossibile senza un corretto riferimento alla persona del soggetto.

La persona, dal suo concepimento fino alla sua morte naturale, è punto di riferimento ultimo, sempre fine e mai mezzo, purtroppo questo non lo è nell'**intenzionalità** (intesa come "*finis operantis*"), ed ecco che i siti web non sono ad "accessibilità totale" impedendo la loro usabilità ai non normodotati, i volantini non danno informazioni con *plus-valore* (come ad esempio una mappa dell'ospedale e della dislocazione dei vari servizi) causando il senso di spaesamento degli utenti, le strisce cromatiche finiscono su un muro bianco o portano da tutt'altra parte rispetto a ciò che dichiarato all'inizio.

Eppure, durante le interviste ai dirigenti "Urp e Comunicazione", *tutti* hanno dichiarato l'importanza della "Centralità della Persona".

Dai dati emersi si scopre quindi che c'è una buona intenzione con un'intenzionalità poi non efficace. Ecco lo spreco di denaro, centinaia di migliaia di euro per curare la comunicazione web, logistico-strutturale, cartacea per poi non ricavare l'effetto sperato, mentre si contribuisce a insinuare l'idea che la comunicazione non sia importante, e che sia solo uno spreco di denaro, è vero! Finché ci saranno delle persone che si "improvvisano comunicatori" e che in base ad una loro idea, negoziata poi con la direzione e rinegoziata in seguito con l'ufficio acquisti, non ottiene l'effetto desiderato ed anzi in alcuni casi diventa un pessimo boomerang verso la visibilità della intera struttura sanitaria, basti pensare che solo il 29% delle aziende ospedaliere comunicano il proprio Pay-off<sup>31</sup> al pubblico.

Ricordiamo che la dignità della persona è un valore oggettivo dell'individuo umano in quanto tale; esso è indisponibile ed inalienabile, al di là delle circostanze; in un'etica personalista, aspetto oggettivo e soggettivo della persona si richiamano e si implicano a vicenda<sup>32</sup>.

Inoltre, in base al principio di socialità/sussidiarietà, in termini di giustizia sociale, c'è l'obbligo della comunità a garantire a tutti gli utenti/pazienti i mezzi per accedere alle cure necessarie<sup>33</sup>.

Quindi diventa necessario **inserire valutazioni etiche nelle scelte comunicative ed economiche**:

Operando un percorso di reciproco riconoscimento di legittimità tra sapere economico e sapere etico

Ragionando in termini di necessità dei giudizi di valore e di visione del mondo sottesa al lavoro di economisti ed amministratori

Ricercando una inte(g)razione tra principi di valore e scelte concrete: questa è possibile intorno ad uno o più valori di riferimento

Individuando un metodo di analisi razionale dei problemi etici

Superando la presunta irriducibile antinomia tra individualismo e collettivismo ("teorema della impossibilità" di J.K. Arrow: è impossibile conciliare la soggettività delle preferenze individuali e l'ottenibilità di scelte collettive democratiche) e, dunque, riconoscendo un "peso" alle variabili altruistiche (o sociali) oltre al riconoscimento individuale<sup>34</sup>.

### Conclusioni

Il processo di aziendalizzazione può quindi essere portato avanti solo se viene integrato da un miglioramento delle *capacità relazionali e comunicative* del personale sanitario.

Un utilizzo consapevole della "Comunicazione Bioetica", dalla comunicazione interpersonale alla comunicazione mass-mediatica, dalla comunicazione scientifica alla comunicazione viva-strutturale nelle strutture sanitarie, può diventare un utilissimo strumento di dialogo creativo tra posizioni<sup>35</sup>, matrici culturali e sistemi valoriali diversi<sup>36</sup> nei processi decisionali che coinvol-

<sup>30</sup> Per *Intenzione* si intende il pensiero della mente, l'idea, il fine dell'operante, il *finis operantis*. Per *Intenzionalità* si intende l'effetto di una azione, il fine specifico dell'azione, il *finis operis*.

<sup>31</sup> Il Pay Off è la frase che riassume la "mission" e la "vision" dell'azienda, la sua "dichiarazione di intenti" e la sua "dichiarazione valoriale".

<sup>32</sup> Lezioni di Bioetica, Prof. Carrasco De Paula Ignacio, Istituto di Bioetica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, 2009.

<sup>33</sup> Sgreccia E., *Manuale di bioetica*, Vita e Pensiero, Roma 2007.

<sup>34</sup> Lezioni di Bioetica ed Economia, Prof. Dario Sacchini, Istituto di Bioetica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, 2009.

<sup>35</sup> Ravetz J. R., *Models as Metaphors: a New Look at Science*, in <Public Participation in Sustainability Science>, in Kasemir B., et al. (edd.) Cambridge University Press, Boston (MA) 2003.

<sup>36</sup> Palazzani L., Marini L., *Il principio di precauzione, tra filosofia bio-diritto e biopolitica*, a cura di, Quaderni della Libera Università Maria S.S. Assunta, Edizioni Studium, Roma 2008.

gono la comunicazione nel SSN e ad alto impatto verso gli utenti finali.

Lo studio dell'impatto del Brand Ospedaliero e delle dinamiche comunicative sviluppate dalla Struttura Sanitaria, può essere il principio per avviare un circolo virtuoso in cui la professionalità della comunicazione aziendale a scopo di lucro si fonde e si trasforma arricchendosi delle peculiarità della comunicazione pubblica in armonia con la Bioetica arrivando a costruire un nuovo "unicum" orientato alla comunicazione efficace, che eviti sprechi di denaro e che mantenga la persona/utente/paziente come obiettivo finale delle sue azioni<sup>37</sup>.

### Bibliografia

- Aaker DA, Batra R, Myers JG. Advertising management. Prentice-Hall, New York 1995.
- Aaker DA. Managing brand equity. New York 1991. trad. it. Brand equity. La gestione del valore della marca. Franco Angeli, Milano 2006.
- Cipolla C. Il co-settore in Italia. Franco Angeli, Milano, 2000.
- Cipolla C, Giarelli G, Altieri L. Valutare la qualità in sanità. Franco Angeli, Milano 2002.
- Codeluppi V. IULM Milan., Convegno: "Le tendenze del Marketing in Europa". Università Ca' Foscari Venezia, 24 Novembre 2000.
- Degon R. La marque relation elle. Vuibert, Paris 1998.
- Donati P.(a cura di) Manuale di sociologia sanitaria. Carocci, Roma 1987.
- Ferraris PC. La casta bianca. Mondadori, Milano 2008.
- Giarelli G. Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata. Franco Angeli, Milano 1998.
- Kapferer JN, Thoenig JC. (a cura di) La marca. Motore della competitività delle imprese e della crescita dell'economia. Guerini, Milano 1991.
- Maffesoli M.,La contemplazione del mondo. Figure dello stile comunitario. Costa & Nolan, Genova 1996.
- Palazzani L, Marini L. Il principio di precauzione, tra filosofia bio-diritto e biopolitica. Quaderni della Libera Università Maria S.S. Assunta. Edizioni Studium, Roma 2008.
- Pensieri C. La comunicazione medico-paziente. Programmazione neuro-linguistica e sanità. NLP International Ltd., UK 2009.
- Ravetz JR. Models as Metaphors: a new look at science, in Kasemir B. et al. (eds.) Public participation in sustainability science. Cambridge University Press, Boston (MA) 2003.
- Riou N. Pub fiction. Société postmoderne et nouvelles tendances publicitaires. Éditions d'Organisation, Paris 1999.
- Sgreccia E. Manuale di bioetica. Vita e Pensiero, Milano 2007.
- Watzlawick P. Beavin JH, Jackson DD. Pragmatica della Comunicazione Umana. Astrolabio, Roma 1971.

---

<sup>37</sup> La definizione è estensiva di ciò che negli ultimi anni si inizia a far sentire come "Comunicazione Bioetica" che prende in considerazione tutti gli aspetti citati precedentemente.