

12 La comunicazione aziendale in sanità

di Mario Del Vecchio e Valeria Rappini*

12.1 La comunicazione aziendale: definizione e paradigmi

Le società moderne sono caratterizzate dall'intenso sviluppo della comunicazione a tutti i livelli: dalle relazioni interpersonali, ai contesti aziendali, alle comunità umane nel loro insieme. Non è sorprendente, quindi, osservare un estendersi delle riflessioni sul tema. La comunicazione è stata, perciò, oggetto di approfondimento e studio da parte di numerose discipline (psicologia, scienze sociali, filosofia, linguistica e semiotica, tra le altre), e non solo in anni recenti. Ciascuna disciplina ha poi cercato di definire sotto l'aspetto terminologico il proprio campo di interesse, associando alla parola comunicazione significati diversi. Anche nell'ambito degli studi aziendali e di management vengono proposti differenti approcci alla comunicazione: circoscrivendo la questione agli strumenti e alle tecniche di comunicazione oppure enfatizzando un particolare ambito d'utilizzo (per esempio, quello delle relazioni pubbliche) o, ancora, a partire dal ruolo trasversale che la comunicazione assume, sottolineando – come fa la disciplina di marketing – le sue possibilità di utilizzo nelle diverse aree gestionali. Così, numerose sono le tassonomie e le classificazioni che si sono via via sviluppate, proponendo varie distinzioni, per esempio, tra comunicazione esterna e interna, tra comunicazione istituzionale, commerciale o di marketing¹.

Premesso che per comunicazione si può intendere tutto ciò che, implicitamente o esplicitamente, incide su atteggiamenti e comportamenti, modificandoli o

* Il presente lavoro è frutto di un progetto di ricerca finanziato dall'Area Amministrazioni Pubbliche, Sanità e Non Profit della SDA Bocconi. Thomas Schael, che qui vogliamo ringraziare, ha contribuito alla definizione delle ipotesi progettuali. Si ringraziano inoltre per la collaborazione offerta nell'analisi dei casi aziendali: Dott. Tiziano Carradori, Dott.ssa Manuela Dradi, Dott. Giuseppe Fattori, Dott. Lorenzo Mazzilli, Dott.ssa Daniela Papini, Dott. Giovanni Serpelloni e Dott. Alberto Zanobini.

¹ Sulle aree e gli obiettivi della comunicazione aziendale si veda in particolare Corvi (2007).

rafforzandoli², tra le forme e le espressioni della comunicazione aziendale possiamo annoverare anche gli aspetti architettonici e culturali, le risorse umane e i loro comportamenti, le politiche e le scelte di gestione, i prodotti e i servizi, ecc. Ciò naturalmente non significa che la comunicazione coincide con l'azienda e il suo stesso esistere. Significa però che tutte le forme con le quali l'azienda si pone in relazione con l'ambiente, più o meno consapevolmente, in qualche modo comunicano e trasmettono un messaggio, che assume una qualche rilevanza per il suo funzionamento in un regime di scambi con l'ambiente stesso³.

La comunicazione va dunque intesa come strumento volto a ricercare una modifica nel comportamento e/o nell'atteggiamento⁴ dell'interlocutore. È ciò che in termini tecnici può essere definito come «la ricerca di una risposta cognitiva, affettiva o comportamentale». Se l'azienda non ricerca un cambiamento nel proprio pubblico di riferimento, non esiste, in effetti, una reale ragione per comunicare, se non la mera necessità di adempiere a una funzione formale di informazione al pubblico. La dottrina (Lambin, 2000) è solita distinguere tre differenti livelli di risposta ai processi di comunicazione:

- la risposta cognitiva, relativa alle informazioni possedute e alla conoscenza, apprezzabile, ad esempio, in termini di riconoscimento e notorietà;
- la risposta affettiva, che si rivolge al sistema di preferenze particolari di ogni individuo e alla sua valutazione soggettiva;
- la risposta comportamentale, che descrive l'azione conseguente, misurabile, ad esempio, in termini di quota di mercato, fedeltà e soddisfazione/insoddisfazione.

Nel suo significato etimologico di «far partecipe», «render comune ad altri», «dividere insieme», la comunicazione comporta un processo di interazione tra soggetti diversi. Laddove il flusso sia unidirezionale siamo invece in presenza di una semplice trasmissione di segni o informazioni. Nella prassi aziendale ci troviamo così di fronte a due possibili accezioni di comunicazione: da un lato, la comunica-

² Watzlawick (1967), partendo dall'osservazione che l'elemento fondamentale del comportamento umano è il comportamento medesimo, e assimilando poi lo stesso comportamento a una sorta di messaggio o mezzo attraverso cui l'essere comunica, osserva che è impossibile per qualsiasi organismo vivente essere privo di comportamento e conclude pertanto che è impossibile «non comunicare». Secondo Watzlawick la comunicazione consiste in «qualsiasi evento, oggetto, comportamento, che modifichi il valore di probabilità del comportamento futuro di un organismo».

³ A McLuhan (1964) si devono varie intuizioni sulla comunicazione; tra le più conosciute: «per quanto riguarda le sue conseguenze pratiche, il medium è il messaggio».

⁴ Una definizione di atteggiamento comunemente accettata è quella di Allport (1935), secondo il quale l'atteggiamento è lo stato mentale di un individuo, costituito dall'esperienza e dalle informazioni acquisite, che gli permettono di strutturare le sue percezioni dell'ambiente circostante e le sue preferenze e di orientare il modo di rispondervi.

Tabella 12.1 **Informazione e comunicazione**

Informazione	Comunicazione
Che cosa è	
Mettere in «forma» Processo unidirezionale	Mettere in «comune» Atto di cooperazione (bi-direzionale)
Come si valuta	
Contenuti Relazione Frequenza Continuità	Cambiamento di: - atteggiamento - comportamento

zione intesa come atto di cooperazione, in cui due o più soggetti (nella fattispecie l'azienda e i suoi interlocutori) «costruiscono insieme» una realtà e una verità condivisa⁵; dall'altro, la pura e semplice trasmissione, unidirezionale, senza possibilità di replica, nelle varianti della pubblicità commerciale o del mero trasferimento formale di informazioni (Tabella 12.1). Ricondurre il concetto di comunicazione al suo significato etimologico consente di cogliere meglio la capacità dei sistemi aziendali di interagire con il contesto, di essere aperti alle relazioni e interazioni con l'esterno per ascoltare, apprendere ed adattarsi, per divenire più efficienti ed efficaci nel proprio ambiente al fine di conseguire le proprie finalità e svilupparsi.

L'accresciuta importanza della comunicazione aziendale è sostanzialmente ascrivibile a due fattori fondamentali: da un lato, l'estensione del numero e della tipologia degli interlocutori aziendali (*stakeholder*); dall'altro, l'esigenza di far convergere nell'azienda un sempre più variegato insieme di risorse indispensabili al perseguimento delle finalità aziendali. Sempre più, il successo delle aziende dipende dal sostegno e dalla legittimazione degli *stakeholder*, le cui aspettative richiedono quasi la stessa attenzione dedicata agli azionisti. Inoltre, nella prospettiva commerciale o del marketing, diviene sempre più importante per le aziende non solo «saper fare», ma anche «far conoscere» le proprie capacità e gli elementi di differenziazione rispetto ai concorrenti. Ne consegue che molte aziende devono sviluppare un intenso scambio informativo con l'esterno, per condividere conoscenze e costruire una reciproca fiducia.

In termini concettuali, ma spesso anche operativi, la comunicazione aziendale può essere disposta lungo un *continuum* che vede, a un estremo, un singolo prodotto, lo specifico meccanismo e momento dello scambio, il portatore della domanda e, all'altro estremo, l'azienda nel suo complesso, l'insieme delle interazio-

⁵ La «Struttura maieutica» proposta da Dolci (1996).

ni con l'ambiente, tutti i soggetti a vario titolo interessati o semplicemente toccati dall'esistenza dell'azienda. Semplificando è possibile quindi identificare due aree diverse della comunicazione: quella di marketing e quella istituzionale (Tabella 12.2).

La comunicazione di marketing è l'area della comunicazione aziendale più diffusa e sviluppata, sulla quale l'esperienza delle aziende e la ricerca scientifica sono più avanzate. È possibile definire la comunicazione di marketing come quella parte della comunicazione aziendale volta a realizzare gli obiettivi di marketing dell'azienda, ossia a sviluppare e consolidare le relazioni con i consumatori (e/o gli intermediari della domanda). L'obiettivo prioritario è di fornire informazioni e influenzare l'atteggiamento e il comportamento d'acquisto dei soggetti di domanda. Se originariamente la comunicazione (in quel caso meglio definibile come «commerciale») era riconducibile quasi esclusivamente a due strumenti, pubblicità e promozione delle vendite, già dagli anni Settanta la sua logica si è evoluta, passando da una concezione unidirezionale a quella propria appunto della comunicazione di marketing, caratterizzata da un'idea di bidirezionalità che presuppone ascolto e conoscenza condivisa.

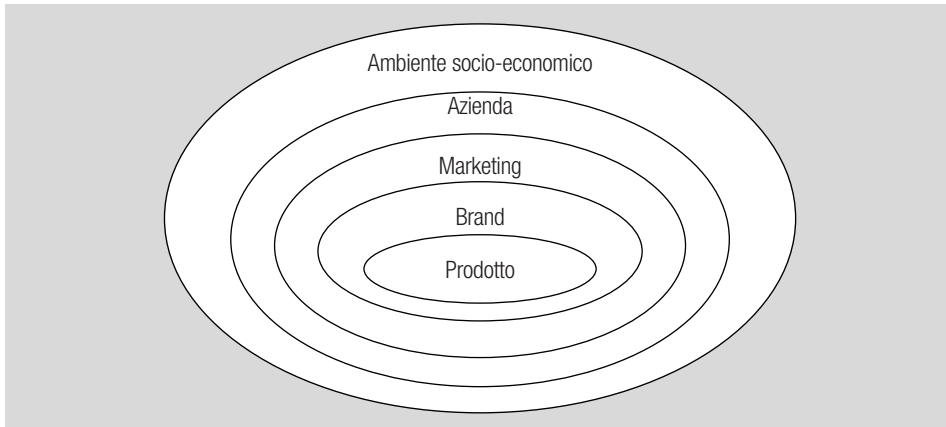
A livello di prodotto, la comunicazione di marketing presidia il posizionamento dello specifico prodotto in termini di credenze, atteggiamenti, opinioni rispetto a un definito gruppo di consumatori attuali o potenziali. A un livello superiore, quello dell'ambiente competitivo (o di marketing), interviene invece sul modo in cui non solo i clienti, ma anche gli altri «pubblici» valutano il valore di ciò che fa l'azienda rispetto ai concorrenti (Figura 12.1). In tal senso, la comunicazione di marketing ha il compito di ottimizzare le corrispondenze fisiche e simboliche (agendo sui valori tanto d'uso quanto di significazione) tra produzione e consumo, quindi la relazione di scambio.

Il superamento della comunicazione ancorata al prodotto, che configura uno spostamento in direzione dell'altro estremo del *continuum*, è un elemento critico soprattutto qualora l'azienda si proponga di sviluppare relazioni durature e non basate unicamente sul meccanismo negoziale di scambio. In tutti quei contesti in cui l'elevata complessità e la presenza di asimmetrie informative rendono sostanzialmente utopistico l'obiettivo di una perfetta trasparenza, il tema della fiducia diviene una questione fondamentale. Non potendo informare «tut-

Tabella 12.2 **Aree della comunicazione aziendale**

	Comunicazione di marketing	Comunicazione istituzionale
<i>Finalità</i>	Contributo alle politiche di marketing	Contributo alla legittimazione istituzionale
<i>Contenuti</i>	Prodotto (e/o elementi di valore del sistema di offerta)	Identità e immagine dell'azienda
<i>Interlocutori</i>	Soggetti di domanda (finali e intermedi)	Stakeholder

Figura 12.1 I livelli della comunicazione



Fonte: Adattamento da Corvi (2007)

ti su tutto», la fiducia nell'azienda, o la credibilità del *brand*, consente di ridurre la percezione di rischio negli interlocutori di domanda e costituisce un elemento agevolatore dello scambio. Ciò è particolarmente vero in ambienti ad alto affollamento di informazione, con effetti negativi e di disturbo rispetto alle percezioni dei consumatori.

La comunicazione istituzionale ha un obiettivo più ampio e spesso più indefinito rispetto alla comunicazione di marketing. Alla comunicazione istituzionale è possibile attribuire sia un ruolo di governo complessivo dell'insieme delle comunicazioni aziendali, come momento di uniformità e di integrazione, sia un ruolo autonomo, in funzione di specifici ambiti non direttamente raggiungibili da altre aree della comunicazione. In quest'ultimo caso, l'approccio è strutturalmente più disorganico, perché riguarda aspetti particolari dell'azienda e risponde a fabbisogni di carattere spesso contingente.

In prima approssimazione, la comunicazione istituzionale ha la funzione di legittimare l'azienda nel suo ambiente in generale, o meglio «di qualificarla come istituzione che appartiene allo spazio pubblico e che per questo deve operare in sintonia» (Golfetto, 1993). La comunicazione istituzionale riguarda l'azienda nella sua interezza e pone al centro del messaggio la sua identità, i suoi valori e i suoi progetti, anziché specifici elementi relativi alla sua attività. Come già sottolineato, lo sviluppo verso quest'ambito comunicativo caratterizza le situazioni nelle quali l'azienda abbia interesse a instaurare relazioni durature, non di tipo sporadico o basato unicamente sulla dimensione dello scambio.

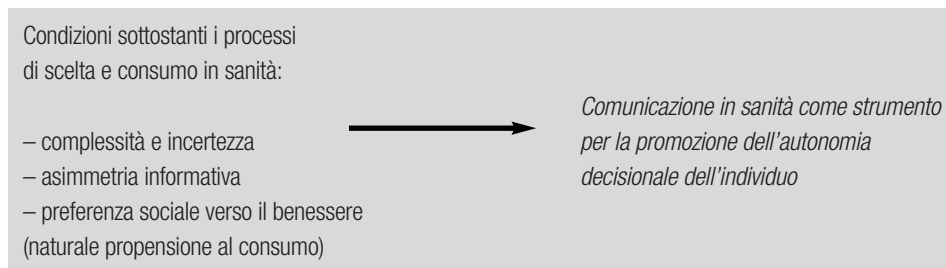
La comunicazione istituzionale presidia la legittimazione dell'azienda a livello *corporate* e, quindi, il suo posizionamento d'immagine non solo nel contesto competitivo, ma nel più ampio ambiente socio-economico (Figura 12.1). L'identità di

un'azienda, o la sua *corporate identity*, è l'articolazione unica e irripetibile di ciò che l'azienda è, di ciò che fa, di come agisce. L'identità è pertanto il presupposto dell'immagine (o reputazione), ossia della rappresentazione che l'azienda offre di sé ai propri interlocutori. L'immagine non si crea artificialmente; il ruolo della comunicazione è semmai quello di «correggere» le percezioni che non riflettono esattamente l'identità aziendale.

12.2 Opportunità e rischi per la comunicazione aziendale in sanità

Nell'ambito delle imprese, la comunicazione aziendale si è progressivamente sviluppata a partire dalla necessità di gestire e incrementare quelle relazioni di scambio che rappresentano il fondamento e le condizioni di sopravvivenza per l'impresa stessa. La spinta a percorrere e sfruttare tutto il *continuum* della comunicazione, da quella di prodotto a quella istituzionale, è stata quindi del tutto fisiologica e ha assunto caratteri di strutturalità (gli scambi come meccanismo permanente) e di progressività (a partire dal prodotto per arrivare all'azienda). Nel contesto sanitario – in particolare in quello pubblico – le forze all'opera e i processi di diffusione che queste hanno alimentato non sono stati, evidentemente, analoghi.

Percepire l'utilità della comunicazione in generale e dell'approccio di marketing in particolare è stato un processo difficile e, soprattutto nei contesti pubblici, in un certo senso artificiale, essendo più collegato a determinati valori, a determinate concezioni della sanità e delle sue modalità di funzionamento che alle necessità operative e di sopravvivenza delle aziende; frutto, in altri termini, di una riflessione intenzionale e consapevole sul «dover essere» del sistema. In questo senso è possibile, per esempio, interpretare il riconoscimento, ormai diffuso, dell'importanza della comunicazione come strumento per le politiche di sanità pubblica e per le strategie volte a contrastare la «disinformazione» (il marketing dei produttori e fornitori) e a migliorare i processi decisionali dell'utente in una logica di *empowerment* (per un esempio si veda la Figura 12.2). In una logica di *empowerment*, infatti, la comunicazione consente la partecipazione attiva degli utenti ai processi decisionali; la valutazione dei servizi; la scelta tra alternative sulla base di propri criteri e valori preferenziali; in sintesi, la garanzia dell'autonomia di scelta. Utilizzata in sinergia con gli altri elementi del *marketing mix*, *in primis* il prodotto/servizio, la comunicazione può contribuire a conseguire equità, accessibilità, efficienza e appropriatezza in tutte le aree dell'assistenza (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione). Il superamento poi, tipico di corrette logiche di marketing, di una concezione meramente informativa o promozionale della comunicazione è fondamentale per il conseguimento dell'equità nei sistemi sanitari. Fornire generiche informazioni sui prodotti e servizi sanitari, rivolte a tutti i potenziali destinatari, senza tener conto delle differenze cognitive, percettive e comportamentali della domanda, aumenta di fatto le diseguaglianze tra chi ha

Figura 12.2 **La comunicazione come strumento di empowerment**

Fonte: Adattamento da Domenighetti (2002)

accesso a corrette informazioni e prodotti/servizi appropriati e chi, invece, continua a rimanerne escluso.

Si tratta, come si vede, di contributi fondamentali alla realizzazione delle finalità dei sistemi sanitari, contributi che dovrebbero quindi rappresentare – e rappresentano nei fatti – rilevanti spinte alla diffusione e approfondimento delle logiche e degli strumenti in questione. Non si deve però sottovalutare come vantaggi e contributi siano «catturabili» principalmente a livello di sistema e per lo più riferibili a dimensioni di risultato il cui apprezzamento comporta gradi di soggettività non irrilevanti. Le spinte nei confronti delle aziende sanitarie assumono quindi una configurazione più complessa e meno immediata di quella rappresentata dalle «convenienze» di mercato e sono spesso legate alle scelte politiche, in senso lato, che i sistemi sanitari adottano e agli strumenti, più o meno efficaci, chiamati a tradurre gli stessi orientamenti in azioni.

Le spinte possono prendere così la forma della statuizione e diffusione di principi a livello internazionale (Tabella 12.3). In una serie di occasioni, a partire dalla conferenza di Alma Ata (Alfano, 2001: 13-16), la comunità internazionale ha più volte ribadito il ruolo della comunicazione nei sistemi e processi di tutela della salute, specialmente nel caso delle politiche rivolte alla sanità pubblica. Le spinte in oggetto possono anche prendere la forma di obiettivi e priorità esplicitamente posti ai sistemi. È questo il caso del nostro sistema sanitario. Già il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-05 valorizzava l'importanza della comunicazione quale leva strategica per le politiche di prevenzione e promozione della salute, mentre il PSN 2006-08 individuava fra gli obiettivi fondamentali quello di un maggiore coinvolgimento dei cittadini e di una migliore gestione dei rapporti con gli utenti dei servizi, in modo da coinvolgerli nella responsabilità delle scelte sulle politiche della salute. Le spinte, infine, possono venire da innovazioni nelle concettualizzazioni che informano le scelte dei decisori e degli operatori in genere. Nell'ambito della prevenzione e promozione della salute va opportunamente apprezzato, in quest'ottica, il progressivo affermarsi della prospettiva del marke-

ting sociale⁶. L'idea che sia non solo legittimo, ma anche importante modificare i comportamenti degli individui anziché limitarsi a rispondere ai bisogni ha consentito alla comunicazione di legittimarsi come strumento innovativo e strategico nella gestione della sanità.

Seppure con le peculiarità e le complessità riferibili al contesto sanitario e all'esteso intervento delle istituzioni pubbliche, le dinamiche appena menzionate, insieme a una pluralità di fattori diversi, hanno contribuito anche nelle aziende del nostro Servizio Sanitario Nazionale alla diffusione di logiche e strumenti legati alla comunicazione e al marketing. Per cogliere meglio il contributo al funzionamento aziendale e le logiche operative sottostanti può essere utile, con diretto riferimento alle aziende sanitarie pubbliche italiane, distinguere tre aree della comunicazione aziendale in sanità, cui corrispondono ambiti e livelli distinti, seppur con profondi elementi d'integrazione e di sinergia (Tabella 12.4):

- l'area della comunicazione per la salute che, muovendo dalla tradizionale attività di educazione sanitaria, ne trasforma l'approccio, arricchendo e superan-

Tabella 12.3 **Le opportunità della comunicazione in sanità nelle indicazioni internazionali**

Conferenza di Alma Ata (1978)	«Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria della quale hanno bisogno»	<i>Commitment</i> (patto sociale)
Carta di Ottawa (1986)	«Le aspettative per la salute non possono essere garantite solo dal settore sanitario (...) è necessaria un'azione coordinata da parte di tutti gli attori coinvolti»	<i>Trust Building</i> (costruzione di un sistema di alleanze)
Raccomandazioni di Adelaide (1988)	«Sviluppare sistemi di informazione sulla salute che agevolino l'assunzione di decisioni informate per l'implementazione di una politica pubblica per la salute (...) e aiutare i mezzi di comunicazione a interpretare le complesse questioni politiche (...) con un approccio che privilegi la consultazione e la mediazione»	Sviluppo di un sistema di conoscenze condiviso
Dichiarazione di Jakarta (1997)	«Le conoscenze sulla salute favoriscono la partecipazione (...) l'accesso alle informazioni è essenziale per ottenere una partecipazione efficace e attribuire maggiori poteri alla comunità e agli individui»	Promozione dell'autonomia decisionale
Direttiva 97/17 del Consiglio d'Europa	«Stabilire una rete di comunicazione per mantenere le organizzazioni ricettive (...) non solo per agevolare la cooperazione ma anche migliorare il prodotto finale»	Ascolto e miglioramento della qualità del prodotto finale

⁶ «Il marketing sociale è l'utilizzo dei principi e delle tecniche del marketing per influenzare un gruppo target ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un vantaggio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso» (traduzione libera da Kotler, Roberto e Lee, 2002: 5).

Tabella 12.4 **Le aree della comunicazione in sanità**

	Comunicazione per la salute	Comunicazione sanitaria (di prodotto e/o di marketing)	Comunicazione Istituzionale
<i>Livello d'azione</i>		Settoriale	<i>Corporate</i> (sistema e/o azienda)
<i>Contributo</i>	al profilo di salute (prevenzione primaria)	alle politiche di prodotto	alla legittimazione istituzionale
<i>Ambito di intervento sui comportamenti</i>	Comportamenti rilevanti per la salute ↓	Processi decisionali di scelta e consumo ↙ ↘	Atteggiamenti e propensioni ↓
<i>Finalità</i>	Strumento di prevenzione e promozione della salute	Strumento di empowerment	Strumento di <i>commitment</i>
<i>Contenuti</i>	STILI DI VITA	PRODOTTO (attributi, benefici e/o componenti di valore)	IDENTITÀ E IMMAGINE
<i>Interlocutori</i>	Comunità	Soggetti di domanda (e/o intermediari)	<i>Stakeholder</i>

do la semplice informazione e proponendosi come uno strumento radicalmente nuovo per la prevenzione primaria e la promozione di comportamenti di salute (in questo caso la comunicazione è la componente prevalente del processo produttivo);

- l'area della comunicazione sanitaria che, accompagnando i processi sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assume come interlocutori i soggetti portatori della domanda e può, da una parte, focalizzarsi sul posizionamento dei prodotti e servizi, dall'altra, mirare a sviluppare l'*empowerment* dell'utente;
- l'area della comunicazione istituzionale (*corporate*) che, a livello di azienda e/o sistema, ne favorisce la legittimazione nel rapporto con i diversi portatori di interesse e con i differenti pubblici di riferimento.

Si noti come l'area della comunicazione per la salute sia stata distinta da quella della comunicazione sanitaria⁷ al fine di evidenziarne non solo il diverso e specifico contributo al perseguimento dei fini aziendali, ma anche il diverso ruolo che la comunicazione e le competenze che ad essa afferiscono rivestono nei processi produttivi. Mentre l'area della comunicazione per la salute produce in effetti un risultato sostanzialmente autonomo e indipendente rispetto ai processi sanitari

⁷ Tale distinzione si ritrova nel «Documento di indirizzo sulla comunicazione pubblica in sanità», redatto dalla Commissione sanità e salute dell'Associazione Italiana dei Comunicatori Pubblici.

caratteristici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, costituendo di per se stessa un prodotto, la comunicazione sanitaria si propone come strumento complementare di posizionamento dei servizi in un contesto di marketing. In tal senso, e in prima approssimazione, l'attività di comunicazione finalizzata alla promozione dell'autonomia decisionale dell'individuo (*empowerment*) è stata fatta rientrare nell'area della comunicazione sanitaria.

Considerando l'esperienza italiana, è percepibile una crescita di interesse e una maggiore consapevolezza dei contributi che da logiche e strumenti di gestione attiva e deliberata dei rapporti con l'ambiente possono venire alla realizzazione degli scopi per i quali le aziende sanitarie pubbliche sono nate. Ciò non significa, tuttavia, che il processo di diffusione delle logiche e sviluppo degli strumenti debba essere ritenuto privo di ostacoli.

In termini generali, è necessario sottolineare come il contesto delle aziende sanitarie pubbliche tenda a porre una serie rilevante di vincoli rispetto agli investimenti finanziari e reali (persone) necessari per sostenere l'adozione di innovazioni non strettamente correlate all'erogazione diretta dei servizi. Oltre alla minore valutabilità e percepibilità di benefici di natura indiretta, le pratiche di taglio alla spesa, da una parte, e il diffuso sospetto verso impieghi con maggior probabilità di distorsione di fondi (avversione all'utilizzo di consulenze esterne), dall'altra, rendono sempre più complessa la concreta ed effettiva messa a disposizione delle condizioni a supporto di innovazioni di questo tipo. Bisogna inoltre considerare la strutturale minore flessibilità insita nell'organizzazione burocratica, che allunga spesso i tempi per un efficace adattamento delle strutture a nuovi meccanismi e pratiche gestionali.

Oltre agli ostacoli di carattere generale, il tema della comunicazione e del marketing incontra anche difficoltà specifiche, connesse alla legittimità e opportunità di interventi da parte di aziende pubbliche su orientamenti, percezioni e comportamenti della collettività e dei singoli individui (Borgonovi, 1996). È bene sottolineare che non si tratta qui dei limiti generali posti, in ragione delle «asimmetrie informative» tipiche della sanità, a operatori pubblici e privati nell'intervenire attivamente sui pubblici di riferimento come, per esempio, avviene in tema di pubblicità dei farmaci e dei servizi sanitari in genere⁸. Si tratta, piuttosto, dei potenziali conflitti tra la necessità per le istituzioni pubbliche di conservare una sostanziale neutralità nei confronti della collettività e l'esigenza di un intervento attivo su di essa. Così, comunicare per modificare orientamenti, percezioni e comportamenti riguardo alla sanità potrebbe talvolta trasformarsi in un intervento che mi-

⁸ I limiti normativi sono anche il frutto di un'indifferenziata percezione negativa della comunicazione come strumento di propaganda, che mira ad alimentare comportamenti consumistici e inappropriati. Da questo punto di vista numerosi contributi documentano e denunciano un utilizzo spregiudicato e aggressivo del marketing da parte dei produttori di tecnologia medico-sanitaria (Domenighetti, 2007).

ra a modificare i valori stessi che sorreggono le scelte degli individui e delle collettività. Il rischio è sicuramente più elevato nel campo della comunicazione per la salute, soprattutto quando l'intervento ha per oggetto gli stili di vita, ma anche la semplice informazione su servizi quali, per esempio, l'interruzione volontaria di gravidanza può facilmente diventare un oggetto molto controverso. La stessa comunicazione istituzionale – che interviene sui livelli di legittimazione e consenso che l'azienda in quanto tale sperimenta nell'ambiente – può focalizzare l'attenzione non tanto sull'istituzione, ma sulle persone e parti politiche che temporaneamente ne assumono la guida.

Le potenzialità di una maggiore e più competente considerazione della comunicazione come dimensione rilevante nei processi produttivi e gestionali delle aziende sanitarie pubbliche, l'emergere di segnali che sembrano indicare per le aziende del SSN un superamento delle fasi iniziali dei processi di diffusione, la peculiarità degli elementi che ne possono favorire o ostacolare l'adozione hanno suggerito di analizzare alcune esperienze paradigmatiche al fine, da una parte, di comprendere meglio il tema e le sue ricadute operative, dall'altra, di favorire una diffusione consapevole di pratiche promettenti ai fini di un'efficace ed efficiente tutela della salute.

12.3 Il progetto di ricerca

Nello scegliere come specifico ambito d'indagine la comunicazione aziendale in sanità, la ricerca si è posta i seguenti obiettivi:

1. approfondire il ruolo che la comunicazione può svolgere nelle aziende sanitarie pubbliche, per evidenziarne opportunità/potenzialità e verificarne l'adeguatezza a perseguire gli obiettivi che le competono;
2. sviluppare conoscenze sugli strumenti e le pratiche della comunicazione applicata ai processi tipici e alle attività caratteristiche del contesto sanitario;
3. sviluppare un quadro concettuale adeguato nel quale inserire la comunicazione aziendale in sanità;
4. contribuire al dibattito sulle condizioni organizzative di implementazione della comunicazione nelle aziende sanitarie.

Nell'avviare l'approfondimento, gli autori hanno scelto espressamente il metodo dell'analisi dei casi, nell'intento di farsi guidare dai fabbisogni tipici di queste aziende e dalle tendenze emergenti nell'applicazione della comunicazione a supporto dei processi operativi e gestionali caratteristici. Tale metodologia bene si presta, infatti, come strumento esplorativo laddove, come in questo caso, non siano disponibili ipotesi di ricerca e conoscenze consolidate.

La ricognizione di alcune prassi che, nei diversi ambiti di attività delle aziende

sanitarie, per gli impatti che hanno generato, possono essere considerate esemplari si propone sia di identificare i possibili contributi della comunicazione aziendale, cogliendone specifiche opportunità e limiti, sia di approfondire approcci, metodologie e strumenti, sistematizzandone le difficoltà logiche e operative di applicazione. La focalizzazione su processi concreti e sui loro esiti si propone di attenuare il rischio, spesso connesso all'adozione di nuovi strumenti, di darne per scontata l'utilità; si propone inoltre di concentrare l'attenzione sulle condizioni di sviluppo della funzione aziendale che dovrebbe gestire gli strumenti stessi. Ciò dovrebbe consentire non solo di identificare le possibilità di sviluppo della comunicazione in sanità, ma anche di chiarire i fattori contingenti che hanno permesso ad alcune aziende di superare le eventuali difficoltà sistemiche e, nel caso, di evidenziare le condizioni che hanno contribuito al cambiamento.

Le esperienze oggetto di approfondimento sono state selezionate nella logica della significatività, in quanto esperienze emblematiche, consapevoli e/o evolute, di sviluppo strategico della comunicazione per migliorare le *performance*, in uno o più dei livelli e ambiti di comunicazione precedentemente identificati (promozione della salute, comunicazione sanitaria ripartita tra strumento di marketing e di *empowerment*, legittimazione istituzionale). Ciò indipendentemente dalla presenza di funzioni e strutture specialistiche appositamente dedicate e a prescindere da criteri di rappresentatività regionale. I casi analizzati, che dovrebbero rappresentare un quadro ampio delle esperienze possibili, sono:

- l'esperienza di comunicazione per la prevenzione delle tossicodipendenze della Regione Veneto, sviluppata dall'Osservatorio Regionale in collaborazione con i Sert;
- il caso del Sistema di comunicazione e marketing sociale dell'ASL di Modena, protagonista di numerose iniziative di successo nel campo della promozione della salute in ambito provinciale, con la sperimentazione di nuove strategie, partnership, linguaggi e canali di comunicazione e coordinatore del network nazionale «marketing sociale e comunicazione per la salute» (www.marketingsociale.net);
- il caso, particolarmente evoluto e articolato in tutte le aree e livelli propri della comunicazione aziendale, che accompagna la creazione della *corporate identity* del Servizio Sanitario della Regione Toscana;
- l'originale evoluzione del rapporto con la stampa e i *media* nell'ASL di Ravenna, che ha consentito di gestire difficili situazioni di emergenza e sostenuto importanti processi aziendali di cambiamento;
- l'esperienza di direzione dell'ASL di Crotone, nel periodo 2005-07, in cui la comunicazione ha giocato un ruolo determinante nel recupero di immagine ed è stata parte integrante della strategia dell'alta direzione;
- un'esperienza di comunicazione di prodotto, realizzata nell'ASL di Rieti, interessata da un processo di profondo rinnovamento in cui la legittimazione nel

proprio ambiente e la ricerca di una relazione di fiducia con gli utenti costituiscono i perni della strategia aziendale e dell'azione coordinata delle funzioni innovative di staff.

Tutte le esperienze analizzate si caratterizzano per un forte *commitment* del livello strategico aziendale, o del livello politico locale o regionale, mentre si differenziano nelle motivazioni di partenza e nelle condizioni operative di implementazione della comunicazione.

La ricostruzione dei casi si è avvalsa di almeno un'intervista diretta con attori di rilievo nell'esperienza analizzata, oltre a un'analisi di materiale documentale, compresi quelli pubblicati sulla rete.

12.4 La comunicazione per la salute

La comunicazione per la salute è l'area di intervento se non più diffusa, sicuramente più consolidata in ambito sanitario, in cui le esperienze e la concettualizzazione teorica sono a uno stadio più evoluto. Nelle esperienze indagate si è rilevata non solo un'estrema varietà di contenuti e messaggi, ma anche un progressivo affermarsi di tecniche e linguaggi estremamente sofisticati di *social advertising*.

L'idea che un programma di comunicazione professionale, fondato su tecniche di analisi del mercato, segmentazione e *targeting*, possa risultare più efficace nella prevenzione primaria non è storia recente, ma è alla base di una delle più grandi campagne di comunicazione pubblica della storia (Bagozzi, 2001: 117-119) La PDFA, l'Associazione per un'America senza Droga fondata nel 1986, ha dovuto affrontare sfide inattese per dare consequenzialità ai propri convincimenti: gli unici dati disponibili sul consumo di sostanze stupefacenti provenivano, infatti, da studi sostanzialmente inadeguati a predisporre un'efficace campagna di comunicazione. Solo al termine di una complessa ed estesa indagine di marketing, la PDFA ha potuto realizzare una strategia di comunicazione differenziata, giudicata più appropriata per rispondere alle esigenze di «diversi gruppi di persone, che fanno uso di droga per diversi insiemi di ragioni, e sulla base di diversi insiemi di atteggiamenti». Coerentemente con l'analisi di marketing, e con l'obiettivo di ottenere il massimo impatto attraverso i *mass media*, la PDFA decise inoltre di puntare sulla prevenzione piuttosto che sull'intervento dissuasivo. Venne quindi deciso di escludere tossicodipendenti e forti utilizzatori dagli obiettivi della campagna, mentre i segmenti più giovani vennero considerati *target* prioritario.

La creazione di campagne di comunicazione per la prevenzione primaria comincia anche in Italia a essere identificata come priorità. Il grado elevato cui è giunto il consumo di droga, soprattutto tra gli adolescenti, ha reso ormai obsoleta l'interpretazione del fenomeno attraverso le categorie della devianza (Marino e Serpelloni, 2007). Appare invece più calzante, in questa come in altre aree di pre-

venzione primaria, mettere al centro la valorizzazione dei fattori protettivi e l'utilizzo delle ipotesi teoriche e delle chiavi interpretative proprie di quelle discipline, marketing e comunicazione, che da tempo studiano e si interrogano sui meccanismi che presiedono il consumo. L'elemento innovativo del programma di comunicazione della Regione Veneto per la prevenzione delle dipendenze⁹, realizzata su iniziativa del relativo Osservatorio Regionale, è proprio nell'analisi preliminare di marketing della popolazione di riferimento, al fine di dividerla in segmenti (ossia raggruppamenti omogenei di bisogni) e ottenere il profilo comportamentale dei diversi *target* di potenziali destinatari. Lo studio condotto sul mercato dei consumatori di sostanze e la comprensione dei più importanti aspetti sociali ed emotivi sottostanti gli atteggiamenti connessi alla droga e al suo uso rendono questa esperienza particolarmente interessante.

A supporto dell'obiettivo di prevenzione primaria è stata ideata una campagna permanente di comunicazione, identificata con l'acronimo UP&GO, al fine di responsabilizzare l'individuo e ottenere comportamenti singolarmente e collettivamente vantaggiosi per la salute. Per questa campagna, i cui principi e criteri guida sono estesamente riportati in Tabella 12.5, è stato creato lo slogan «Per un futuro libero da droghe» e sono stati utilizzati più canali per creare un nuovo trend di opinioni e comportamenti. La campagna di comunicazione ha avuto come punti di diffusione i luoghi di maggiore aggregazione dei giovani. Sono inoltre stati realizzati strumenti di comunicazione multimediali (spot tv, cd-rom interattivi ecc.), differenziati e coerenti con i diversi target di popolazione (junior, 9-15 anni; senior, <30 anni). Anziché mostrare esplicitamente le conseguenze dannose o drammatiche che possono derivare dal consumo di droghe, per il target junior è stato creato un *visual*, che esprime il concetto comunicativo portante «nella vita non occorre provarle tutte», proponendo situazioni di pericolo grottesche e spesso paradossali, come pestare la coda a un grosso cane mastino, o addormentarsi sui binari di un treno, che hanno tutte come protagonista il giovane Hardlock, la mascotte appositamente ideata per la campagna. Questo tipo di scelta è stata ritenuta particolarmente utile per sollecitare una divertita riflessione sull'evidente absurdità della situazione proposta, a tutti ben nota e, proprio per questo, da tutti accuratamente riconosciuta come pericolosa, evitando di ingenerare stati di ansia o paura incontrollata e recuperare l'analogia con il concetto di pericolo in una sfera libera da pregiudizi.

Le informazioni inserite nei materiali di comunicazione e a uso didattico, sulla pericolosità e sugli effetti nocivi delle principali droghe e sostanze dopanti più diffuse tra i giovani, sono state accuratamente verificate e tratte dalle evidenze delle più recenti ricerche scientifiche messe a disposizione dal NIDA (National Institute of Drug Abuse). L'approccio seguito tende a evitare il terreno politica-

⁹ La campagna di comunicazione della Regione Veneto è parte integrante di un progetto regionale finanziato dall'Assessorato alle Politiche Sociali, Programmazione Socio Sanitaria, Volontariato e No Profit. Per un approfondimento si veda Serpelloni *et al.*, cap. 7, pp. 269-297.

Tabella 12.5 **Principi e criteri guida della campagna di comunicazione UP&GO e DREAM ON della Regione Veneto**

1. Collegamento con le strategie istituzionali e formali	La dichiarazione etica della Regione Veneto contro le droghe (DGR n. 3877 27/10/1998) costituisce la <i>vision</i> di riferimento per la strutturazione dei messaggi e delle attività della campagna.
2. Permanenza e ciclicità	La strutturazione delle campagne è in forma ciclica, con una durata prevista almeno triennale, per creare un'attenzione costante e coerente con i principi regionali della dichiarazione.
3. Coordinamento e sinergia con le strutture del territorio	Tutti i dipartimenti delle dipendenze regionali sono chiamati a partecipare attivamente e possono usufruire dei prodotti comunicazionali e multimediali realizzati per dare più forza, completare e integrare i programmi locali.
4. Progettazione con tecniche di marketing e advertising	Sono espressamente previsti: l'analisi delle aspettative e dei bisogni dei diversi <i>target</i> con tecniche di marketing analitico; l'elaborazione dei prodotti comunicazionali con tecniche di valutazione dell'appeal; l'utilizzo di diversi <i>format</i> , canali e strategie di comunicazione.
5. Consequenzialità e attivazione di percorsi virtuosi	L'indagine di marketing analitico ha rilevato che la danza, la musica e le discipline creative in generale sono apprezzate dai giovani e, nel contempo, sono validi veicoli di modelli comportamentali più protettivi.
6. Informazione scientifica e consapevolezza	Il messaggio è costruito coerentemente con le evidenze scientifiche e fornisce informazioni riguardo i rischi dell'assunzione di tutte le droghe, puntando alla piena consapevolezza individuale. Sono espressamente escluse le forme di divieto di qualsiasi tipo, per la promozione di una scelta razionale e responsabile di non consumo. L'approccio generale è quello di promuovere la consapevolezza e favorire l'adesione volontaria a modelli comportamentali e stili di vita sani.
7. Targeting e differenziazione	Il modello concettuale di riferimento per la scelta del <i>target</i> e per la differenziazione delle offerte è quello della vulnerabilità. I prodotti comunicativi sono differenziati, per rispondere ai bisogni dei diversi <i>target</i> di popolazione, rispetto ai quali è necessario adeguare i messaggi e le modalità di comunicazione.
8. Integrazione tra i diversi livelli di intervento	Oltre al primo livello della campagna di comunicazione e promozione di sani stili di vita, sono previsti un secondo livello, locale, di tipo educativo e formativo, a favore dei giovani e dei genitori e un terzo livello che prevede il coinvolgimento delle amministrazioni pubbliche competenti e degli <i>opinion leader</i> .
9. Coinvolgimento diretto e attivo del target	I <i>format</i> prevedono la partecipazione attiva dei giovani mediante forme di impegno esplicito alla diffusione dei messaggi preventivi e, contemporaneamente, di assunzione di comportamenti coerenti con stili di vita sani e liberi da droghe.
10. Valutazione dell'impatto	Pur nella consapevolezza delle difficoltà di quantificare gli effetti diretti, almeno nel breve termine, sono comunque previste una serie di valutazioni: (i) <i>ex-ante</i> , dei materiali prodotti e delle strategie comunicative, relativamente a gradimento, comprensibilità, utilità, credibilità; (ii) <i>in progress</i> , con l'osservazione sia di trend di prevalenza e incidenza del consumo di sostanze stupefacenti, con studi triennali, sia di modifica nelle conoscenze dirette sui rischi e i danni derivanti dall'uso di droghe, nella percezione del rischio, negli atteggiamenti e nei comportamenti espressi dal <i>target</i> ; (iii) <i>ex-post</i> , con l'osservazione del grado di penetrazione e distribuzione dei diversi <i>target</i> , nonché dell'immagine e notorietà delle iniziative e dei centri specialistici coinvolti.

mente sensibile del dibattito sul proibizionismo, spostando l'attenzione sulla crescita di consapevolezza e su elementi che possano influenzare positivamente l'adozione di corretti comportamenti.

La comunicazione, inoltre, non si è limitata a dimostrare che le droghe sono nocive o, come negli altri casi di seguito proposti, a evidenziare l'importanza di una corretta alimentazione, del movimento o di altre pratiche e sane precauzioni, ma ha anche creato e quindi veicolato un'offerta competitiva, di fattori protettivi rispetto alle «vulnerabilità». Nell'iniziativa DREAM ON, l'attenzione è stata focalizzata su *format* che contribuiscono a promuovere concretamente stili di vita sani e positivi, fornendo stimoli nuovi e proposte alternative attraenti e di alto profilo, mediante la valorizzazione di attività artistiche e creative (danza, musica e video-immagini), mai slegate dallo slogan di base «Per un futuro libero da droghe».

Sebbene gli studi sulla comunicazione sociale non siano ancora giunti a conclusioni definitive riguardo il tipo di «*appeal* comunicazionale» da utilizzare, Tanzi e Soscia (2009), nel commentare i risultati dell'indagine sul *social advertising* applicato alla prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV in Italia, pongono l'accento sui limiti di una comunicazione sociale basata esclusivamente sulla ricerca di una risposta cognitiva, che appare meno idonea a richiamare l'attenzione di un pubblico distratto e fruitore di mezzi sempre più affollati. Nei vent'anni analizzati dalla ricerca, gli autori evidenziano la scarsa incisività dei tentativi di modificare i comportamenti individuali, che si riflette sia nella limitata proposizione di suggerimenti mirati per l'abbandono di pratiche sessuali a rischio, sia nella promozione di pratiche di *safer sex*¹⁰. Anche in quei limitati casi in cui la comunicazione presenta informazioni rilevanti ai fini della prevenzione dell'HIV, si tratta comunque di annunci poco accattivanti, che osano poco in termini di originalità e fantasia e che presumibilmente potranno essere meno notati e ricordati dal pubblico¹¹. Nell'ottica della prevenzione la conoscenza e la comprensione, seppur importanti e imprescindibili, rischiano di non essere sufficienti nel determinare effettivi cambiamenti comportamentali individuali. Nel commentare i risultati dello studio di Eurobarometer del 2006¹², gli autori palesano il dubbio che i cittadini italiani siano ancora vittime di un pericoloso fraintendimento: «ritengono che l'AIDS sia un problema sociale, invece è soprattutto un loro problema».

¹⁰ Tanzi e Soscia (2009) osservano che meno di un terzo degli annunci propone in modo diretto il preservativo quale principale strumento di prevenzione (29,4% nel testo e 21,2% nel *visual*) e anche il richiamo al test è presente in modo limitato (30,6% dei messaggi analizzati).

¹¹ Già Flora e Maibach (1990) avevano peraltro rilevato come i contenuti emozionali siano meglio ricordati rispetto a quelli razionali.

¹² Secondo questo studio: il 71% degli italiani è convinto che sia possibile contrarre il virus dell'HIV baciando una persona malata, contro una media europea del 54%; il 60% degli italiani ritiene che si possa contrarre il virus utilizzando gli stessi servizi igienici di una persona malata, contro una media europea del 39%; il 58% degli italiani pensa che si possa contrarre il virus bevendo dallo stesso bicchiere usato da una persona malata, contro una media europea del 42%.

Nelle campagne di comunicazione per la salute del Servizio Sanitario della Regione Toscana (www.salute.toscana.it) è evidente il superamento di una chiave comunicazionale tradizionale, in cui prevale l'enfasi informativa, a favore di un approccio più orientato a far leva su componenti non solo razionali, ma soprattutto di tipo emozionale. In tutte le aree di contenuto veicolate (corretti stili di vita, alimentazione, allattamento al seno, estate sicura anziani, farmaci e fumo) sono utilizzati slogan e immagini che mirano a generare stati d'animo positivi, come il divertimento, o negativi, come l'imbarazzo o la paura. La creazione pubblicitaria usa il linguaggio, sia visivo, sia verbale dell'ironia, come nel caso della campagna di comunicazione «Più testa, meno farmaci», e propone un ampio utilizzo di figure retoriche, della metafora e del paradosso. Per esempio, nella campagna sull'alimentazione si sceglie di ricorrere alla fiaba dei Tre Porcellini per enfatizzare il rischio degli eccessi, sottolineando che «Chi cresce grasso mette in gioco la salute».

Nel progredire dell'esperienza di comunicazione del Servizio Sanitario toscano, è risultata sempre più evidente l'estrema importanza di contemperare l'esigenza di suscitare emozioni e rendere il messaggio sufficientemente sintetico e impattante, con il rischio di offendere la sensibilità di qualcuno o risultare eccessivamente superficiali¹³. La campagna sull'allattamento al seno (Figura 12.3) è emblematica del tentativo di coniugare un messaggio destinato a promuovere efficacemente una pratica naturale ed utile per la salute dei bambini evitando, al tempo stesso, di ingenerare un senso di inadeguatezza della donna.

L'innovatività riguarda anche il modo con cui le campagne vengono costruite. Nel progetto regionale «Di testa mia» (Figura 12.4), la progettualità dei contenuti e dei mezzi è stata delegata agli stessi interlocutori (Zanobini, 2009). Il progetto trae origine da una precisa scelta del livello politico, che avvertiva la necessità

Figura 12.3 **La campagna di comunicazione per l'allattamento al seno della Regione Toscana**



¹³ Marchand e Filiatrault (2002) rilevano in particolare la difficoltà di persuadere il target e, al tempo stesso, non offendere la sensibilità di nessuno.

di rivolgersi al mondo giovanile cambiando il linguaggio e utilizzando forme comunicative più efficaci e coinvolgenti. L'analisi preliminare di tipo esplorativo, commissionata a una società specializzata e condotta attraverso *focus group*, ha consentito di identificare cinque aree tematiche che sono state oggetto di un apposito bando di concorso di idee: amore e sessualità, corpo e immagine, rischio e divertimento, individualità e conformismo, reti e relazioni. In queste aree tematiche sono ricomprese pressoché tutte le emergenze, dal bullismo all'anoressia, dai giochi estremi alla droga, dalla sessualità consapevole al fumo. Ai ragazzi residenti nelle province toscane, di età compresa tra i 17 e i 20 anni, stimati in circa 120.000, è stato quindi chiesto di presentare proposte sui fattori protettivi per la salute legati alle cinque aree tematiche identificate. La stessa comunicazione del bando è stata una fase critica, in quanto l'indagine preliminare aveva già segnalato la presa di distanza dei giovani da alcuni stili comunicativi comunemente utilizzati. Si è scelto quindi di privilegiare «un tono di voce leggero, ma coinvolgente, non giudicante e con una proiezione in positivo dei problemi». Seguendo una precisa strategia di copertura generalizzata del *target* e con l'obiettivo di realizzare un'elevata frequenza di contatti, sono stati utilizzati *media* quali internet, televisioni dedicate, *free press* e grandi affissioni. Gli strumenti principali di contatto a cui rimandavano i *media* utilizzati erano un sito dedicato e, come per tutte le campagne regionali di comunicazione, un numero verde. Tre spot visibili su internet, animati da ragazzi e ragazze, sono stati veicolati sui siti più frequentati dai giovani e su TV come MTV Italia e *All Music*, più le emittenti televisive locali. La campagna ha realizzato complessivamente oltre cinque milioni di contatti sul *target*. Le idee più valide elaborate dai ragazzi hanno animato il Campus della Salute, dove con l'assistenza di tutor appositamente formati sono state trasformate in veri e propri progetti, con l'impegno di attuarli nel territorio toscano. Dai

Figura 12.4 **La campagna di comunicazione «Di testa mia» per il benessere dei giovani della Regione Toscana**



progetti elaborati emerge con forza la scarsa efficacia di messaggi specifici e di divieto *tout court* nell'ambito della promozione dei cosiddetti «corretti stili di vita» (no fumo, no alcol, ecc.), confermando la scelta progettuale iniziale di un modello comunicativo di ascolto e di protagonismo degli interlocutori.

Analogamente, nel processo di creazione della comunicazione coordinato dal Sistema comunicazione e marketing sociale dell'ASL di Modena per l'ambito provinciale, si è ritenuto fondamentale coinvolgere non solo «chi ha i contenuti» – nello specifico il Dipartimento di prevenzione – ma anche i destinatari, sia nella fase preliminare di ricerca, sia in quella di «messa in forma». Lo stesso Direttore riconosce che molte campagne non sono tecnicamente perfette, ma attribuisce un particolare significato all'ascolto e al coinvolgimento attivo dei destinatari, o meglio, degli interlocutori della comunicazione. Nell'ipotesi che «anche il processo di creazione della comunicazione abbia un valore», ecco che nell'esperienza dell'ASL di Modena trova ampio spazio la sperimentazione di nuove strategie, linguaggi e canali di comunicazione per promuovere la salute in sinergia con i soggetti sia interni, sia esterni (enti, istituzioni, soggetti sociali e cittadini). Significative al riguardo sono le numerose iniziative contenute nel programma di promozione della sana alimentazione e movimento (Tabella 12.6), in cui la diffusione delle scelte salutari è realizzata con svariati *setting*, in collaborazione con numerosi partner e in occasione di eventi di rilevanza sociale per la provincia¹⁴. Uno dei fulcri dell'attività comunicativa sull'alimentazione è stata la scuola, dove si è operato insieme agli insegnanti per la creazione di progetti partecipati e da essi autonomamente realizzati, con l'evidenza, in alcune classi campione, di uno spiccato incremento del consumo di frutta e verdura a merenda e a mensa.

I punti qualificanti dell'esperienza modenese, peraltro ampiamente riconosciuti a livello sia nazionale, sia internazionale¹⁵, sono sinteticamente identificabili nei seguenti aspetti:

- la costruzione di un sistema stabile di alleanze per la salute, sulla base di un profilo di salute condiviso, con un crescente protagonismo e un sempre maggiore coinvolgimento di tutti i soggetti interessati della comunità;

¹⁴ Al Forum PA 2009, il programma interaziendale «Comunicazione e promozione della salute» è stato segnalato tra le Buone Pratiche nell'ambito dell'iniziativa «Esperienze intersettoriali delle comunità locali per guadagnare salute», a cura del Ministero della Salute e del Formez. Nel nuovo libro di Cheng, Kotler e Lee (2009), un capitolo a cura di Fattori, Artoni e Tedeschi («Choose health in food vending machines: Obesity prevention and healthy lifestyle promotion in Italy») riprende l'iniziativa sull'alimentazione.

¹⁵ Tra i numerosi riconoscimenti ricevuti si ricordano il Premio «Una PA da favola», ottenuto nel 2007 per la capacità di dialogo con i bambini grazie al Progetto «Sorrìdi alla prevenzione», il Premio Formez edizione 2009 dedicato alle migliori esperienze per guadagnare salute e, non ultimo, l'apprezzamento di P. Kotler durante la *World Social Marketing Conference 2008* per l'iniziativa «Meglio Sapere», realizzata in occasione del Festival della Filosofia 2007.

- la partecipazione attiva, già in fase progettuale, dei principali interlocutori della rete di alleanze, attraverso l'istituzione di specifici gruppi di lavoro operativi, coordinati dalle amministrazioni comunali e costituiti da insegnanti, genitori, operatori sanitari, polizia municipale, aziende di grande distribuzione, commercianti, associazioni sportive, di volta in volta integrati con tutti i soggetti potenzialmente coinvolgibili;
- la garanzia di continuità e coordinamento delle iniziative rivolte alla comunità locale di riferimento, con l'istituzione di un programma provinciale interaziendale di «Comunicazione e promozione della salute»;
- la sostenibilità del complessivo progetto comunicativo, basata sull'impegno e la collaborazione degli attori delle comunità provinciali, piuttosto che sulla ricerca di specifici finanziamenti;
- la «razionalizzazione» degli interventi su finalità comuni, con un elevato *commitment* della comunità, e l'accordo per evitare processi di «concorrenza», che ha consentito di utilizzare al meglio i fondi istituzionali esistenti (POF, educazione sanitaria).

Nel contesto comunitario così creato, lo staff del sistema comunicazione e marketing sociale ha dato vita a una variegata gamma di iniziative di promozione della salute sugli specifici temi giudicati di rilevanza sociale per la provincia. Anche in questo caso, nei messaggi sono stati utilizzati linguaggi di comunicazione che sottolineano gli aspetti positivi e piacevoli legati ai corretti stili di vita, anche veicolati attraverso *testimonial* vicini al *target*. I Gormiti, beniamini dei bambini, sono stati utilizzati per veicolare il messaggio che prendersi cura dell'ambiente vuol dire prendersi cura anche di se stessi e quindi «crescere in salute». La tappa modenese del tour 2008 dei Subsonica è stata utilizzata come occasione per promuovere la conoscenza sull'AIDS e sulle malattie sessualmente trasmesse, attraverso *info point*, distribuzione di materiale informativo, interventi dal palco di componenti della nota band. All'iniziativa era presente anche ASA97, associazione impegnata sul territorio modenese nell'assistenza ai malati di AIDS e attiva nella lotta al pregiudizio, attraverso una distribuzione di profilattici, resa possibile dalla collaborazione con Federfarma Modena.

Nelle esperienze analizzate, l'utilizzo della comunicazione come strumento di dissuasione diretta di comportamenti dannosi per la salute è meno frequente. Un esempio di operazione in tal senso è riconducibile all'iniziativa «Scommetti che smetti?», un concorso che ogni anno mette in palio premi per chi smette di fumare, organizzato sempre a Modena. L'edizione 2009 dell'iniziativa ha puntato anche sui nuovi *media: forum, newsletter, blog* e videointerviste agli iscritti per creare una comunità virtuale che si sostiene e si confronta nel percorso di abbandono della sigaretta.

In conclusione, la sempre maggiore evidenza del peso dei condizionamenti sociali, di gruppo e psicologici nel determinare comportamenti rilevanti per la salu-

Tabella 12.6 **Nuovi setting e canali di comunicazione nel programma di promozione della sana alimentazione e movimento dell'ASL di Modena**

Luoghi	Messaggi	Partner
Ai Giochi della Gioventù	Mi muovo con piacere	Con il CONI di Modena e l'Ufficio Scolastico Provinciale.
Nella Scuola	Sapere & Salute, Mangia giusto, muoviti con gusto e Mani in pasta	Con l'Ufficio Scolastico Provinciale
Sul Giornale	La pagina della salute	Con la Gazzetta di Modena
Alla Radio	La salute in tavola	Con Modena Radio City, il Comune di Modena e il sostegno di Conad
Al mercato	La salute tra la gente	Con Il mercato di Modena (Consorzio) e il Centro Servizi Volontariato
Nei centri commerciali e nei supermercati	La salute nel carrello della spesa	Con Coop Estense e Conad
Nei distributori automatici di alimenti	Il Club dei MangiaSano	Con Buonristoro, Confida e altri partner nazionali e locali
Nelle farmacie e sugli autobus	La salute in video	Con Federfarma Modena e ATCM
Alla Fiera Children's tour	Crescere in salute	Con FIMP (pediatri), CONI Modena, CEA (ambiente), Federfarma Modena e AVIS
Nei luoghi di cura	Mamme in forma; Donne in gravidanza; Allattamento materno, Chi ben comincia (1-3 anni) e Genitori più	Con Pediatri di Libera Scelta e di comunità, ostetriche, ginecologi e genitori

te stanno ripositionando in maniera sostanziale la grammatica di riferimento della prevenzione primaria, rendendo ormai obsoleti gli approcci più tradizionali dell'informazione e dell'educazione sanitaria. Su temi di rilevanza sociale quali, ad esempio, le tossicodipendenze, la sicurezza nelle strade e nei luoghi di lavoro, il consumo di farmaci, la diffusione di pratiche di *safe sex* o, più in generale, nell'adozione di sani stili di vita, come la corretta alimentazione e il movimento, la comunicazione assume un'importanza strategica nel promuovere e sostenere cambiamenti individuali, quali:

- cambiamenti cognitivi, per creare conoscenza su uno specifico tema e diffondere consapevolezza su questioni rilevanti per la salute;
- inibizione di comportamenti, non solo e non tanto nell'ottica della dissuasione, per favorire l'abbandono di comportamenti dannosi per la salute (azione di risoluzione), ma anche per evitare l'assunzione di comportamenti a rischio e consentire il mantenimento di situazioni positive (azione di omeostasi);

- induzione dell'azione, per promuovere l'assunzione di abitudini corrette e di sani stili di vita per la prevenzione di problemi futuri (azione di anticipazione);
- cambiamenti di idee, valori e atteggiamenti, per modificare opinioni profondamente radicate e visioni ritenute erranee.

12.5 La comunicazione sanitaria (di prodotto e/o di marketing)

Quest'area della comunicazione è probabilmente quella con maggiori potenzialità di sviluppo, ma anche quella in cui emergono con maggior forza gli ostacoli di ordine culturale e le difficoltà di integrazione con le competenze e i contenuti propri delle funzioni di produzione. Sebbene siano ipotizzabili importanti e specifici utilizzi della comunicazione sanitaria, il successo ottenuto in ambiti ben definiti e soprattutto nella forma originaria più semplice della promozione del servizio ne hanno in qualche modo limitato le possibilità di sviluppo. Non a caso, l'ambito della prevenzione secondaria – e specificamente della diagnosi precoce – è quello dove la comunicazione di prodotto ha incontrato maggior successo. In moltissime aziende sanitarie italiane sono, infatti, rilevabili casi di comunicazione volta a promuovere «prodotti» quali la mammografia, il pap-test, la ricerca del sangue occulto nelle feci, mentre per tutti gli altri «prodotti» sanitari la comunicazione è spesso giudicata una leva inopportuna, se non impropria.

La difficoltà di coniugare, nella progettazione ed erogazione dei servizi, le competenze specialistiche relative al processo sanitario con quelle relative alla comunicazione ha prodotto spesso situazioni di «giustapposizione»; le strutture aziendali preposte alla comunicazione si sono dunque spesso limitate a interventi di carattere informativo, evitando invasioni di campo nella sfera giudicata più propriamente di pertinenza sanitaria. La comunicazione è quindi rimasta spesso tendenzialmente staccata dagli specifici servizi offerti, assumendo connotazioni generiche e/o tipicamente promozionali del servizio.

Volendo escludere, per una precisa scelta di ricerca, le forme di comunicazione unidirezionali, le esperienze alternative rintracciabili sono dunque poche o comunque difficilmente rilevabili e tale difficoltà va considerata e apprezzata come uno dei risultati della ricerca. Quelle analizzate, e di seguito proposte, seppur nella loro parzialità, si caratterizzano per almeno uno dei seguenti aspetti: (i) la stretta connessione con la progettualità di prodotto/servizio o, a livello più elevato, di *brand*; (ii) la previsione di forme di ascolto, se non di coinvolgimento attivo, degli interlocutori.

Un esempio di evoluzione rispetto alla semplice promozione è quello dell'ASL di Rieti che, su iniziativa dello staff Audit clinico e sistemi informativi sanitari, ha deciso di comunicare ai cittadini l'innovazione del percorso «carcinoma mammario», nell'intento di superare una situazione di scarsa fiducia e insoddisfazione dei pazienti, con dinamiche evidenti di fuga verso altri territori. Nella consapevolezza della difficoltà di riuscire a mutare convinzioni, frutto di espe-

rienze pregresse e veicolate dalla rete informale del passaparola, lo staff si è interrogato sulle possibili modalità per cambiare un'immagine negativa così consolidata. Si è scelto il mondo della scuola e, in accordo con la direzione provinciale, si è realizzata un'iniziativa di comunicazione che ha visto coinvolti, oltre al Direttore Generale e al Direttore Sanitario dell'ASL, lo stesso staff promotore dell'iniziativa, il referente aziendale del percorso sul carcinoma mammario, nonché tutti i responsabili delle specialità più direttamente interessate: anatomia patologica, radiologia, radioterapia e oncologia. A un primo generalizzato stupore del pubblico, sul perché si fosse scelta la scuola per parlare di oncologia, è seguito un intenso e proficuo dialogo tra gli attori dell'offerta e gli interlocutori della domanda identificati come possibili *opinion leader*. I partecipanti hanno tutti chiesto di replicare l'iniziativa, che è stata riproposta e poi ripresa dalla stampa: nel Messaggero del 22 marzo 2009 con il titolo «Mammografie più veloci e sicure al De Lellis»; in altri quotidiani indipendenti locali con titolazioni analoghe. La presentazione, così come la brochure appositamente predisposta, ha posto particolare attenzione al linguaggio utilizzato, più che alla gradevolezza estetica, mirando non solo alla fruibilità per il pubblico, ma anche alla veicolazione dei principali elementi di garanzia del nuovo percorso per l'utente:

- le garanzie di qualità e sicurezza, con un costante processo di aggiornamento degli aspetti tecnici e professionali, in base alle più recenti linee guida internazionali;
- la garanzia di rapidità e unitarietà della risposta, con l'introduzione della multidisciplinarietà e di meccanismi di forte integrazione interna;
- la garanzia di un riferimento costante per l'utente, con l'introduzione della figura del *case manager* per i casi più complessi.

Vale la pena rilevare che una soluzione comunicazionale di questo tipo ha senso, ed è efficace, soltanto se fondata su azioni e non su intenzioni o progetti più o meno verosimili, che potrebbero piuttosto generare pericolosi effetti *boomerang* nelle valutazioni. Come l'ASL di Rieti aveva già avuto modo di sperimentare, il rapido *tam tam* della rete di comunicazione informale avrebbe potuto facilmente riportare alla situazione di partenza. Nel caso specifico si è invece creata quasi immediatamente una relazione di fiducia e conseguito l'obiettivo di modificare le percezioni diffuse.

L'esperienza di comunicazione della Regione Toscana, come meglio approfondito nel successivo paragrafo, nasce a un livello più alto, quello istituzionale, con la finalità di legittimare l'intero sistema (il cosiddetto Modello Toscano), per poi espandersi in altre aree e livelli della comunicazione. Nella specifica prospettiva della comunicazione di marketing, l'intento è stato quello di favorire la conoscenza e costruire una percezione corretta e omogenea nei cittadini delle diverse componenti di un complessivo sistema di offerta. I primi passi in tal senso sono

stati mossi con l'obiettivo di accompagnare la nascita di alcuni grandi istituti e centri di riferimento regionale, come l'ISPO, per poi concentrarsi su altri «prodotti». Si segnalano in particolare le seguenti campagne di comunicazione:

- ▶ «Abbiamo tutti i numeri per curare il cancro. E un sistema forte per combatterlo», per la rete di servizi per la cura dei tumori.
- ▶ «La nascita è una gioia impagabile. Per questo da noi è gratis», per il percorso nascita (Figura 12.5).
- ▶ «Tranquilli. È uno di famiglia», per i medici di medicina generale.
- ▶ «Se la salute mentale è fragile, curiamola insieme», per i servizi di salute mentale.

In tutti questi casi è evidente il superamento di una logica meramente informativa, accompagnato da una precisa volontà di veicolare schemi di riconoscimento, richiamo e garanzia (Tabella 12.7). Sia che l'intento sia quello di assecondare il posizionamento attuale, o piuttosto si ambisca a modificarlo, la scelta di comunicazione sembra assumere a modello le *brand strategies* delle maggiori aziende internazionali. Il modello è indubbiamente pertinente in quanto la marca è fondamentale nel creare un sistema simbolico in grado di conferire forma e senso all'esperienza di consumo, in cui il «prodotto» diventa il veicolo fisiologico. La marca agisce come una sorta di *brainframe* che ridefinisce il modo in cui si percepisce e valuta l'esperienza di consumo. Secondo Semprini (1996) la marca è divenuta «un dispositivo che assicura la messa in forma del senso» e può essere funzionale a costruire un sistema di relazioni condiviso tra una molteplicità di destinatari.

Una questione di grande attualità, già richiamata in premessa, ma che qui merita di essere ripresa per valorizzare il senso dell'esperienza toscana, è l'affollamento della comunicazione. La scelta regionale di avviare poche e mirate campagne di comunicazione ogni anno, in un ambiente già saturo, può essere consi-

Figura 12.5 Il percorso nascita nella comunicazione della Regione Toscana



Tabella 12.7 **Le componenti dell'immagine di marca**

Componente simbolica	Componente percettiva	Componente informativa
Nome Logo Simboli	Attributi: collegati al prodotto o non direttamente collegati al prodotto.	Benefici: – funzionali – simbolici – valoriali
		Riconoscimento Richiamo Garanzia

FIDUCIA

Fonte: Adattato da Busacca (2000)

derata opportuna, così come la scelta di operare a un livello più alto di quello del prodotto. La formazione di un atteggiamento positivo verso il «*brand regionale*» e la creazione di una relazione di fiducia con gli interlocutori consente, infatti, di minimizzare, nel processo di scelta e consumo degli utenti, tempi e costi di ricerca e di valutazione delle informazioni¹⁶.

Ovviamente, la componente fiduciaria assegnata a una marca, pur potendo generare una certa inerzia nel breve periodo, deve essere costantemente alimentata dalla conferma delle aspettative dell'utente. Nell'esperienza toscana ogni campagna di comunicazione, le cui caratteristiche di fondo sono analiticamente riportate in Tabella 12.8, è preceduta da una fase preliminare di «messa in forma» del sistema di offerta regionale. Ciò per garantire la coerenza con le aspettative generate dalla comunicazione e per rafforzare il messaggio utilizzando come veicolo lo stesso prodotto. Il processo di comunicazione prevede, inoltre, specifiche forme di ascolto della domanda e di eventuale riorientamento della stessa offerta.

Nella comunicazione di marketing ha particolare rilievo, forse più che in altre aree della comunicazione, il tema dell'ascolto, parte integrante di un processo bidirezionale. Nell'esperienza del SSN, i servizi sono stati spesso attivati a partire da indicazioni ministeriali o regionali, o comunque costruiti sulla base esclusiva dei processi produttivi di natura specialistica; sono stati quindi spesso «immessi sul mercato» in modo indifferenziato, prescindendo da uno studio prospettico o retrospettivo sulle caratteristiche, attese e percezioni dei potenziali interlocutori,

¹⁶ Come si esprime efficacemente Busacca (2000): «Il consumatore, una volta ascritte delle valenze specifiche ad una determinata marca, presume, infatti, ovviamente con un definito margine di probabilità, crescente all'aumentare del numero di esperienze positive con la marca stessa, che tutte le sue manifestazioni risulteranno caratterizzate dalle medesime valenze. Tanto più elevata risulta questa attribuzione probabilistica, tanto maggiore si rivela la fiducia nella marca e tanto minore risulta quindi la necessità di produrre nuove informazioni idonee a orientare le successive attività cognitive di comparazione e di scelta».

Tabella 12.8 **La comunicazione di *brand* della Regione Toscana**

1. <i>Commitment</i> istituzionale e focalizzazione	Il Piano Sanitario Regionale costituisce il quadro riferimento, nell'ambito del quale è lo stesso Assessore che decide 2-3 grandi tematiche ogni anno su cui sviluppare le campagne di comunicazione
2. Permanenza e sistematicità	Le campagne rimangono <i>on line</i> per creare un'attenzione costante e coerente verso le componenti informative, percettive e simboliche veicolate
3. Messa in forma dell'offerta	Le campagne di comunicazione sono occasioni per interventi forti sui servizi. Prima dell'avvio di ogni campagna è espressamente prevista una fase preliminare di reingegnerizzazione, coinvolgendo nella riprogettazione tutte le strutture aziendali per il miglioramento gestionale e organizzativo. Le aziende e il loro sistema di offerta sono considerati moltiplicatori e <i>media</i> : un messaggio essi stessi
4. Coinvolgimento di professionalità di qualità e spessore	Per la progettazione di ogni campagna è espressamente costituito un gruppo di lavoro a cui sono chiamati a partecipare, oltre ai responsabili dello staff regionale e dell'agenzia esterna di comunicazione, anche referenti qualificati delle aziende e/o rappresentanti degli ordini dei medici
5. Pianificazione accurata dei tempi e dei mezzi	È espressamente bandita qualunque forma di improvvisazione. La gestione dei tempi è critica e perciò accuratamente pianificata. Prima del lancio di ogni campagna è verificata la precisa corrispondenza tra contenuti, mezzi e servizi di contatto e orientamento
6. Selettività e scelta dei canali	Sono tipicamente utilizzati poster di grandi dimensioni, sito internet dedicato e brochure, integrati di volta in volta in relazione alle caratteristiche del <i>target</i>
7. Orientamento e allertamento della rete	Lo staff del numero verde regionale svolge una funzione di orientamento al servizio degli interlocutori, attuando una vera e propria presa in carico dei problemi dell'utente. Per gli aspetti più «clinici» inerenti le domande è costituita e allertata una rete di esperti
8. Ascolto e consequenzialità	Il numero verde regionale svolge anche una funzione di ascolto e costituisce uno strumento importante di monitoraggio, anche rilevando informazioni quali: tipologia dei contatti (età, sesso, ecc.), mezzi utilizzati/preferiti, temi/argomenti rilevanti. Il numero verde regionale è diventato col tempo un vero e proprio mezzo strutturale di ascolto e monitoraggio per il miglioramento sia dei servizi, sia della comunicazione
9. Integrazione tra i diversi livelli di intervento	Oltre al livello regionale della campagna di comunicazione esiste un secondo livello, che prevede il coinvolgimento delle aziende sanitarie e l'adattamento della campagna anche a livello locale, ma sempre e comunque in linea con il format del livello regionale

del territorio di riferimento e tanto meno sui bisogni non strettamente sanitari. I servizi devono quindi cercarsi, o si ritrovano, i soli «clienti» compatibili con la forma così assunta, mentre il resto della domanda si ritrova a seguire l'offerta, avendo poca o nulla voce in capitolo.

La questione dei possibili interlocutori privilegiati per parlare proficuamente con i soggetti della domanda si è posta anche nell'ASL di Ravenna. Pur non avendo ancora messo a punto una strategia formale di comunicazione, su iniziativa della Direzione Generale si sta cercando di coinvolgere i Patronati, che in questo territorio sembrano costituire un potenziale veicolo di conoscenze oltre che di comunicazione. La decisione di attivare tale canale di comunicazione na-

sce sull'onda di una serie di esperienze di dialogo con le istituzioni locali e in risposta a un'esigenza sempre più sentita di mettere a sistema le conoscenze sui servizi, le loro problematiche, così come vissute dai cittadini: in una parola, il posizionamento dell'offerta nelle percezioni dei soggetti di domanda.

12.6 La comunicazione per la promozione dell'autonomia decisionale

Nelle ipotesi iniziali, la comunicazione per la promozione dell'autonomia decisionale ha come interlocutori i soggetti che esprimono la domanda e intende promuovere una maggiore consapevolezza sulle alternative di offerta, anche di non consumo, a partire da una conoscenza più corretta, o almeno condivisibile, dell'efficacia dei prodotti/servizi sanitari. Si tratta di una sorta di meccanismo di sicurezza in un contesto a elevata asimmetria informativa e tende comunque a svilupparsi in varie forme, a differenti livelli e in diverse aree della comunicazione.

Nella campagna regionale toscana di comunicazione «Ospedale senza dolore», l'intento è quello di promuovere, anche nei confronti delle strutture di offerta, l'esercizio del diritto riconosciuto ai cittadini di non dover soffrire inutilmente. Nella comunicazione è particolarmente sollecitato il protagonismo attivo: «È importante che tu ne parli con il medico di famiglia; se invece sei ricoverato in ospedale o devi effettuare un accertamento diagnostico invasivo, è utile che tu chiarisca i tuoi dubbi con il personale medico e infermieristico», ovviamente dopo aver chiarito che «in questi ultimi anni sono state acquisite conoscenze precise sui meccanismi fisiologici che governano il dolore e sono molteplici le metodologie di intervento che permettono di controllarlo». Per questa campagna sono anche stati progettati vari *gadget*, come il termometro per misurare il dolore, per ricordare a tutti i cittadini che il controllo e la cura del dolore sono diritti esigibili e per i quali esistono alternative.

Un caso interessante di rafforzamento della possibilità di esercizio dell'autonomia decisionale, sempre della Regione Toscana, è la campagna di comunicazione sulle medicine complementari (Figura 12.6), che dà all'utente una concreta opportunità di scegliere tra medicina tradizionale e alcune medicine complementari:

- «Contro il mal di testa ora puoi scegliere. Anche l'agopuntura, se vuoi»;
- «Contro l'insonnia ora puoi scegliere. Anche la fitoterapia, se vuoi»;
- «Contro l'allergia ora puoi scegliere. Anche l'omeopatia, se vuoi».

L'iniziativa di *empowerment* sulle medicine alternative prevede alcuni tipici elementi (Tabella 12.9). Innanzitutto, muove dalla constatazione che la domanda mondiale di medicine non convenzionali (MnC) è in continuo aumento e dall'in-

Figura 12.6 **Le medicine complementari nella comunicazione della Regione Toscana**

clusione nei documenti di programmazione, in termini di pratiche complementari, di quelle MnC che presentano un sufficiente livello di evidenza scientifica. In questa prospettiva sono stati istituiti e potenziati oltre cinquanta centri specializzati presso le aziende sanitarie toscane e istituita una struttura regionale di riferimento. Si sono quindi comunicate al pubblico le opportunità e le condizioni di accesso alle diverse strutture, cui si può accedere con la richiesta del medico e con il solo pagamento del ticket previsto per le prestazioni specialistiche. È stata inoltre prevista, e quindi comunicata, l'erogazione di altre MnC nell'ambito di progetti finalizzati, oppure a fronte del pagamento di tariffe concorrenziali rispetto a quelle del mercato privato. In questo caso la comunicazione, da una parte, mira a potenziare le capacità di scelta dell'utente, prospettando e legittimando modalità alternative di risposta ai propri bisogni e, dall'altra, accompagna coerentemente la messa in opera di nuovi servizi.

Tabella 12.9 **I passi dell'empowerment per le medicine complementari nella Regione Toscana**

1. Valutazione di opportunità	La domanda mondiale di medicine complementari è in continuo aumento. La tendenza si conferma anche a livello regionale: su 7.049 soggetti intervistati, il 19,3% ha riferito di aver fatto ricorso ad almeno un tipo di MnC nell'ultimo triennio e il 13,3% nell'ultimo anno. Circa il 70% di coloro che vi hanno fatto ricorso ha dichiarato di averne avuto beneficio.
2. Evidenza scientifica	Si sceglie di prevedere l'integrazione nel SSR delle medicine non convenzionali con sufficiente grado di evidenza scientifica (agopuntura, omeopatia, fitoterapia e medicine manuali).
3. Disponibilità di alternative	Si verifica la disponibilità di strutture di offerta per le medicine complementari e si istituiscono oltre cinquanta centri presso le aziende sanitarie toscane.
4. Comunicazione delle opportunità e condizioni di scelta	Si comunica in quali casi (ad esempio, mal di testa) si può optare anche per una medicina non convenzionale (nel caso, l'agopuntura) e a quali condizioni (richiesta del MMG e pagamento del ticket).

La comunicazione tesa ad aumentare le concrete opportunità per i destinatari di scegliere autonomamente le modalità di risposta ai propri bisogni pone inevitabilmente il problema delle informazioni necessarie a una scelta consapevole, problema sempre più critico in relazione al moltiplicarsi delle opportunità potenzialmente disponibili e a ciò che debba essere considerato di «provata efficacia». Senza entrare qui nel merito dello sterminato dibattito sulla *evidence-based medicine*, è sufficiente osservare come l'*empowerment* del paziente non possa essere ridotto alla moltiplicazione delle possibilità di consumo, stimulate da quella che alcuni autorevoli osservatori critici (Domenighetti, 2007) definiscono una vera e propria strategia della disinformazione per convincere al consumo¹⁷. In questo senso, tutti gli interventi su questo terreno devono affrontare il problema non solo dell'attendibilità delle fonti di informazione sanitaria, ma anche della condivisione dei contenuti da parte dei diversi attori rilevanti nel contesto. È il tema di come favorire un accesso più consapevole al consumo di servizi sanitari rendendo anche più realistiche le attese sui benefici conseguibili. Possibili indicazioni per un *empowerment* equilibrato, validate anche dalle migliori esperienze, comprendono:

- ▶ La promozione in tutti i cittadini della necessità di «porre le giuste domande al medico», prima di procedere al consumo.
- ▶ Almeno per i prodotti più diffusi, l'elaborazione di un elenco di informazioni rilevanti per l'utente.
- ▶ La promozione di una comunicazione di marketing non centrata sui soli benefici, ma che miri a far conoscere anche gli eventuali rischi ed effetti indesiderati, favorendo autonomia e consapevolezza delle scelte.
- ▶ La revisione e il monitoraggio periodico del contenuto delle notizie giornalistiche e degli opuscoli informativi, per minimizzare i rischi di manipolazione.
- ▶ La comunicazione al pubblico delle «incertezze della pratica medica» e la promozione di un «sano scetticismo».

Alcuni casi esaminati, qui non specificamente approfonditi, sembrano muovere in tale direzione, rafforzando la consapevolezza e la capacità decisionale delle diverse categorie di *stakeholder*, piuttosto che rivolgere la comunicazione ai soli soggetti portatori della domanda. Ad esempio, se si leggono gli scopi del Laboratorio del cittadino competente (Riquadro 12.1), che è parte integrante del Sistema comunicazione e marketing sociale dell'ASL di Modena, è evidente l'idea

¹⁷ Sul tema del consumo, Volpi (2008) solleva un dubbio ancora più radicale: «Siamo abituati a pensare che per vivere una vita sana e lunga dovremmo abitare in campagna, lontani da traffico e inquinamento, tenere sotto controllo tutti gli innumerevoli fattori di rischio per la nostra salute (fumo, grassi, zucchero, ma anche vita sedentaria, stress, onde elettromagnetiche) e controllare periodicamente (meglio spesso che di rado) lo stato del nostro corpo con esami vari, visite specialistiche e check up completi ... E se non fosse vero?».

Riquadro 12.1 **Gli scopi del Laboratorio del cittadino competente presso il Sistema comunicazione e marketing sociale dell'ASL di Modena**

Il Laboratorio per il Cittadino Competente vuole promuovere l'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) e l'*empowerment* del cittadino, fornendogli competenze per metterlo in grado di accrescere la propria consapevolezza.

Il coinvolgimento diretto dei cittadini (singoli, rappresentanti di associazioni di volontariato, gruppi di pazienti) nella costruzione responsabile di strategie per la salute è ritenuto di fondamentale importanza per favorirne una concreta partecipazione.

La *networking strategy*, utilizzata sin dai suoi esordi nel 2000, si è consolidata e ha permesso di collaborare e/o gestire progetti di promozione/tutela della salute. Il Laboratorio si ispira alla metodologia di Paulo Freire e di don Lorenzo Milani (Scuola di Barbiana) e assume, per la definizione dei risultati attesi, i tre livelli dell'*healthy literacy* e dell'*empowerment* definiti da Nutbeam.

Il Laboratorio per il Cittadino Competente ha lo scopo di: (i) «mettere in grado» il cittadino/paziente e la comunità di comprendere i linguaggi per la salute; (ii) sviluppare un linguaggio comune tra i diversi attori della salute (medici, infermieri, farmacisti, cittadini, rappresentanti di associazioni ecc.); (iii) produrre e validare strumenti di comunicazione scientificamente corretti e comprensibili; (iv) concorrere alla promozione della salute.

più generale di un rafforzamento di tutti gli attori della comunità, in termini di *health literacy*¹⁸. Nell'esperienza modenese, tale filone della comunicazione si è poi concretamente sostanziato nello sviluppo di una forma di «creazione di conoscenza», di «messa in forma del linguaggio», per contrastare un fenomeno di «occultamento scientifico della realtà», tipico dell'estrema specializzazione, non solo nei confronti dei cittadini, ma anche a favore di tutti i livelli decisionali competenti sulle scelte di salute e di allocazione delle risorse.

Nei rapporti tra i diversi attori e istituzioni di un sistema pubblico, l'*empowerment* può contemplare anche il sostanziale trasferimento di un potere di controllo. A tale riguardo, vale la pena richiamare alcune esperienze diffuse sul territorio nazionale che utilizzano il metodo dell'Audit Civico. Il progetto nasce dall'esperienza di Cittadinanza attiva (movimento di cittadini per lo sviluppo della partecipazione pubblica) e dalle diverse iniziative avviate in alcune regioni per dare forma concreta alla centralità del cittadino nel Servizio Sanitario. Nell'ambito delle iniziative promosse dall'Agenzia Regionale dell'Emilia-Romagna, per esempio, l'ASL di Piacenza ha reso attivo un percorso di valutazione della qualità dei servizi con il coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni. Seguendo questa impostazione, i soggetti di domanda hanno potuto collaborare all'attuazione di un'analisi critica e sistematica della qualità dei servizi mirata, appunto, a dare maggiore rilievo al loro «punto di vista». Caratteristica rilevante dell'esperienza di

¹⁸ Il lavoro «Agire con per mettere in grado di» del Laboratorio cittadino competente, Sistema comunicazione e marketing sociale dell'ASL di Modena è nella selezione al concorso nazionale «La memoria genera speranza 2009», promosso dal Comune di Vicchio per ricordare l'insegnamento di don Lorenzo Milani e della Scuola di Barbiana.

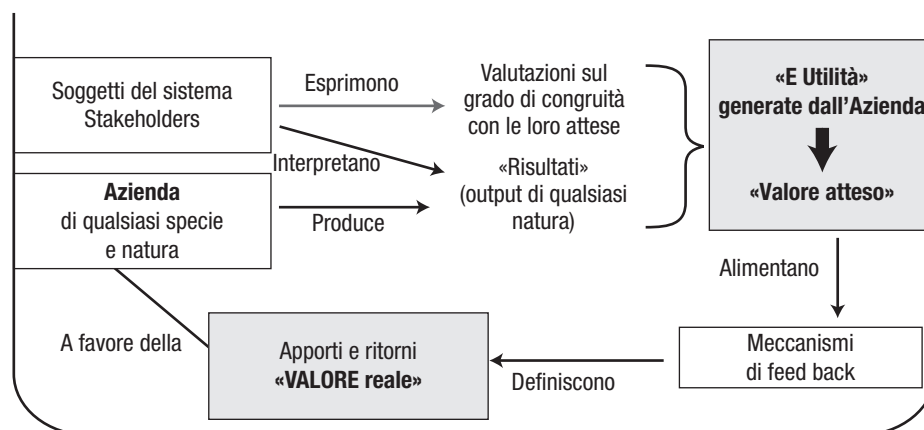
Piacenza è stata la possibilità, offerta ai volontari che si sono occupati della valutazione, di esplorare tutti i livelli organizzativi, compresi quelli cosiddetti alti, dalle tradizionali unità operative alla dirigenza. Il progetto, coordinato dall'unità operativa di marketing e comunicazione dell'ASL, ha rappresentato un'opportunità concreta per gli utenti di comprendere al meglio il sistema socio-sanitario e ha dato vita ad alcune forme e percorsi originali di collaborazione.

12.7 La comunicazione a livello *corporate*

La comunicazione a livello di istituzione o sistema (*corporate*) ha l'obiettivo di legittimare e rafforzare il ruolo dell'azienda o del sistema nel più complessivo ambiente di riferimento. Una più corretta percezione del valore generato da un'azienda sanitaria, o da un sistema, non solo integra i diversi profili di risultato che i vari portatori di interesse sono in grado di apprezzare, ma alimenta un flusso di risorse – spesso immateriali come il consenso sull'azione – necessarie per realizzare le finalità (Figura 12.7).

Nell'esperienza della direzione generale dell'ASL di Crotona nel periodo 2005-07, la comunicazione è stata una vera e propria risorsa per affrontare una situazione problematica, di percezione negativa di «ente ammalato», «fuori controllo» e con una cultura individualistica¹⁹. Nel 2006, su precisa iniziativa dell'allora nuovo

Figura 12.7 Il riconoscimento del valore della «produzione» sanitaria



Fonte: Zavattaro (2008)

¹⁹ Un'indagine commissionata nel 2006 rilevava scarsa conoscenza tra la popolazione dei servizi offerti, mancata presa in carico dei cittadini (lasciati soli), processi operativi e gestionali non chiari, servizi territoriali poco sviluppati.

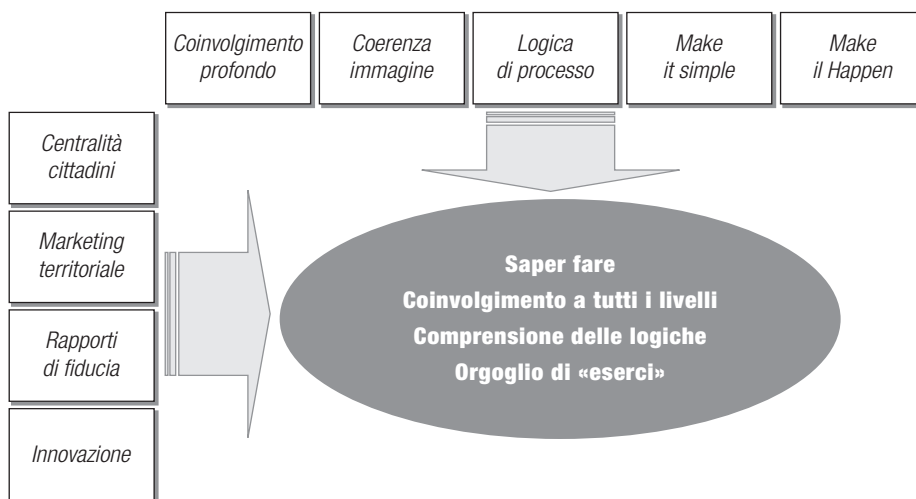
Direttore Generale, si sono progressivamente strutturate varie iniziative, in cui l'attenzione agli aspetti comunicazionali svolgeva un ruolo determinante, e che hanno consentito un importante recupero di immagine e fiducia dei cittadini. Tra i risultati conseguiti si segnalano:

- un aumento del gradimento complessivo, che passa da una minoranza del 44% dei cittadini ad una maggioranza del 65%, diretta conseguenza e conferma del miglioramento netto dell'immagine esterna;
- un incremento della propensione per le strutture pubbliche locali con una diminuzione del 9% degli attratti dalle strutture del Nord Italia ed una riduzione delle fughe extra regionali;
- una maggiore fiducia nel futuro della ASL e nella nuova dirigenza, espressa da una percentuale di valutazioni tra molto e abbastanza del 68%.

Il progetto di rilancio dell'azienda si basa su alcune idee strategiche di fondo, che si integrano e completano in un progetto complessivo di miglioramento (Figura 12.8):

- *customer focus*, per il rilancio della sanità locale a partire dal riconoscimento della centralità dell'utente-cliente e dei suoi bisogni;
- innovazione nei servizi, come occasione per creare servizi nuovi e per aumentare il valore di quelli esistenti;

Figura 12.8 **La matrice per il successo della direzione dell'ASL di Crotona (2005-2007)**



Fonte: Schael (2008)

- messa in rete delle istituzioni pubbliche e del privato, per indurre cambiamenti e innovazioni nel sistema complessivo di offerta;
- integrazione del *front-office*, per realizzare un'ASL semplice e *friendly* (*one-stop shopping*), in cui gli sportelli sanità propongono servizi integrati in rete per tutto il territorio di competenza.

Il processo di comunicazione si è sostanziato in un vero e proprio cambio di identità, e quindi di immagine, veicolato anche attraverso una serie di interventi sostanziali sulla stessa struttura di offerta quali, per esempio, un aumento delle prestazioni vicino alla residenza dei pazienti, lo sviluppo di capacità di accoglienza e comunicazione delle persone, l'introduzione di meccanismi più funzionali di prenotazione, la riduzione delle liste di attesa e lo sviluppo di un senso di appartenenza negli operatori.

Con riguardo ai molteplici scopi della comunicazione aziendale, è opportuno precisare che la finalità comune, per tutta l'azienda o per il sistema nel suo complesso, prescindendo quindi anche da specifici contenuti e aree di intervento, è in ultima analisi la «riduzione del disordine» e una migliore accettazione dell'azienda nelle relazioni con gli *stakeholder*. Naturalmente possono essere perseguiti obiettivi più specifici, ma si tratta in ogni caso di obiettivi di secondo livello rispetto al contributo osservabile a livello *corporate*.

Il tema della coerenza pone una questione particolarmente complessa, in quanto gli stessi assetti istituzionali e organizzativi possono rendere difficile coordinare e gestire le comunicazioni come un'unica entità. L'esperienza della Regione Toscana, tra quelle indagate, è la più emblematica da questo punto di vista. La spinta iniziale deriva da una precisa volontà politica di contenere gli autonomismi aziendali conseguenti al processo di aziendalizzazione e di legittimare il sistema nel suo insieme, seppur con alcune specificità locali. La prima iniziativa dello staff regionale, appositamente istituito con un ruolo di regia della comunicazione regionale, ha riguardato la definizione del manuale per il coordinamento della *visual identity* (dal logo aziendale fino alla carta intestata): nel periodo 2003-06 sono stati sostanzialmente mantenuti i 16 marchi aziendali, a cui è stato però affiancato quello regionale; a partire dal 2006 tutti i marchi delle 12 Aziende USL sono stati uniformati. Da alcuni mesi, il livello regionale sta assumendo anche la regia dei siti aziendali. Nello sviluppo delle campagne di comunicazione, le funzioni dello staff regionale si estendono e si completano progressivamente fino a esercitare compiutamente il proprio ruolo per una corretta e coerente attuazione nel tempo dell'identità del Servizio Sanitario Regionale. Sulle campagne di comunicazione sviluppate dallo staff regionale in tutte le altre aree e livelli della comunicazione si è ampiamente detto nei precedenti paragrafi. In Tabella 12.10 si richiamano brevemente gli aspetti di maggior rilevanza dell'esperienza di comunicazione a livello *corporate*, che sono riconducibili a due specifici ambiti di attenzione: (i) la gestione delle percezioni esterne e (ii) la gestione dei vuoti e delle distorsioni cognitive.

Tabella 12.10 **La gestione dell'immagine aziendale nella Regione Toscana**

Gestire attivamente le percezioni esterne	Non lasciare pericolosi vuoti cognitivi
Attivare un dialogo con i principali interlocutori	Verificare costantemente l'efficacia delle proprie iniziative
Supportare le comunicazioni con progetti e azioni sostanziali	Non creare dissonanza tra ciò che viene comunicato e ciò che si fa
Monitorare periodicamente la propria immagine	Rilevare per tempo gli effetti di eventuali deterioramenti
Identificare temi chiave	Far leva sulle competenze distintive e sui punti di forza
Focalizzare le iniziative	Sfruttare l'effetto alone
Raccordare e coordinare le iniziative di comunicazione	Veicolare un'immagine aziendale coerente e credibile

Un'azienda, o un sistema, che non abbia una chiara identità e, conseguentemente, abbia un'immagine poco definita e sfuggente è, più di altre, suscettibile ai cambiamenti di contesto e può non avere la capacità di affrontare discontinuità e momenti di crisi. Molte aziende sanitarie si sono trovate in difficoltà per aver trascurato le relazioni con alcuni pubblici (*mass media*, autorità locali, gruppi di influenza), pur avendo manifestato attenzione nei confronti dei propri utenti.

Nell'esperienza dell'ASL di Ravenna, i *media* rappresentano un vero e proprio pubblico a cui deve rivolgersi la comunicazione aziendale: un pubblico a sé stante, che ha proprie esigenze, aspettative, regole di comportamento. L'attuale Direzione Generale ha ritenuto essenziale, fin dall'inizio del suo mandato, innovare rispetto a un atteggiamento, non infrequente nelle aziende sanitarie, di chiusura nei confronti della stampa che, a sua volta, generava incomprensioni e attacchi. Il cambiamento di atteggiamento ha reso l'interlocutore meno diffidente e ha piuttosto sollecitato un'attitudine alla collaborazione, consentendo di veicolare più efficacemente strategie e politiche aziendali. «Meno silenzi e più dialogo, nel rispetto dei rispettivi ruoli, senza cioè pretendere una stampa compiacente, ma senza omissioni nelle informazioni» è la convinzione sottesa a tutte le scelte comunicazionali dell'ASL di Ravenna. «A maggior ragione quando si tratta di comunicare fatti incresciosi, quelli che i giornalisti chiamano malasanità e i medici preferiscono definire eventi avversi. È sempre meglio parlare al giornalista che viene a conoscenza del caso e che, in ogni modo, deve scrivere, piuttosto che erigere muri di silenzio o appellarsi a un'improbabile *privacy*».

La relazione che si è instaurata tra l'azienda e la stampa segue un'ottica bidirezionale. La stampa «non veicola automaticamente le informazioni che forniamo, ma le valuta attentamente prima di decidere se pubblicarle, e può modificarle, può decidere di costruire e pubblicare una notizia anche senza il nostro aiuto e, comunque, è in grado di incidere fortemente nella percezione dei cittadini». Secondo questa impostazione, i giornalisti sono considerati una categoria speciale di *stakeholder* dell'azienda, il cui lavoro è contrassegnato dall'urgenza e dalla necessità di rapida

conoscenza e comprensione di fenomeni spesso complessi e che talvolta si trovano ad affrontare per la prima volta. È per questo che la relazione costruita è riuscita ad avere grande influenza non solo sulla qualità degli articoli che vengono pubblicati, ma anche sull'immagine che ne è derivata per l'azienda. In un'indagine realizzata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, la direzione e l'azienda godono di un diffuso gradimento presso la comunità territoriale: al terzo posto dopo associazioni di volontariato e forze dell'ordine, sorpassando altre istituzioni e figure pubbliche, quali Regione, Provincia e Comune, ma anche magistratura, associazioni di imprenditori, giornali, sindacati, banche e partiti politici.

Compito principale dell'Ufficio Stampa è stato proprio quello di creare e curare la qualità di questa speciale relazione, ricercando, sia con la struttura interna, sia con gli organi di Direzione, un adeguato livello di coerenza con questa impostazione di fondo, per costruire un rapporto aperto, diretto e franco. La comunicazione al pubblico, sviluppata a mezzo stampa, ha permesso alla Direzione Generale di amplificare la pressione sulla stessa organizzazione, costituendo un importante meccanismo di accelerazione nei processi aziendali di cambiamento. Il fatto di godere di una relazione di fiducia e collaborazione reciproca con la stampa ha anche permesso di affrontare efficacemente situazioni di allarme: in occasione dell'epidemia di cicunguna, per esempio, ha fornito all'ASL di Ravenna una leva fondamentale per controllare e gestire la situazione, evitando pericolose derive, sia di allarmismo incontrollato, sia di sottovalutazione di una situazione di rischio per la popolazione, peraltro in un periodo ad alto affollamento turistico.

La scelta di estrema apertura al pubblico esterno si è confermata e consolidata nel tempo, fino ad essere oggetto di un'esplicita dichiarazione nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento per il triennio 2009-11: comunicare con la comunità e rendersi «contestabili», obiettivo che impone il preciso dovere di «garantire trasparenza, visibilità e riconoscibilità».

12.8 Alcune riflessioni conclusive

Lo scopo della ricerca era di taglio marcatamente esplorativo, essendo quella qui presentata una delle prime riflessioni sistematiche in ambito aziendale sul tema della comunicazione in sanità nel nostro Paese. In tal senso, i casi presentati offrono una prima significativa panoramica su ruolo, strumenti e pratiche relative alla vasta area della comunicazione nel funzionamento delle aziende sanitarie (in particolare, di quelle pubbliche), rispetto alla quale potranno, da una parte, svilupparsi nuove e più estese ricerche e, dall'altra, essere alimentate nuove esperienze. Due questioni meritano però una considerazione più attenta. La prima riguarda la significatività dello schema concettuale utilizzato, ossia la ripartizione della comunicazione nelle diverse aree. La seconda concerne gli assetti organizzativi a supporto dello sviluppo della funzione.

Lo schema adottato ha rappresentato sicuramente un utile strumento per ritrovare, ordinare e descrivere le diverse esperienze, ma una sua ulteriore validazione non può che venire dalla capacità di identificare aree di fenomeni caratterizzate da dinamiche differenziate. A conclusione della ricerca, la ripartizione utilizzata è stata perciò testata rispetto a due diversi modelli di interpretazione delle dinamiche aziendali. Da questa verifica è stata esclusa la comunicazione istituzionale che, a questo punto della ricerca e dell'approfondimento, mostra differenze strutturali tali da rendere non significativo e fruttuoso il confronto.

Il primo modello interpretativo è quello, ben conosciuto, delle diverse fasi del processo di creazione e gestione della comunicazione e precisamente:

- ▶ *Ricerca e definizione degli obiettivi*, che consiste nello sviluppo di un atteggiamento di vigilanza volto a capire e conoscere le relazioni con i propri interlocutori e, una volta definito il pubblico e le sue caratteristiche, nello stabilire quale risposta si intende ottenere dal pubblico in questione, ossia la definizione degli obiettivi della comunicazione.
- ▶ *Programmazione*, che costituisce la seconda fase del processo di comunicazione, quella eminentemente creativa, in cui si ricercano e inventano le possibili modalità per raggiungere il *target* e operare il cambiamento atteso.
- ▶ *Implementazione*, che è la fase operativa in cui si assegnano le responsabilità e si attivano le soluzioni comunicazionali prescelte.
- ▶ *Valutazione e controllo*, che consiste nel monitoraggio *ex-ante*, durante ed *ex post* della campagna di comunicazione per verificarne l'efficacia e il raggiungimento degli obiettivi predefiniti.

I risultati, rappresentati come differenze significative tra le diverse aree, sono riportati nella Tabella 12.11.

Il secondo modello interpretativo, di natura molto diversa, tende a leggere la comunicazione nella prospettiva del *change management*. Si tratta del modello proposto da Rebori e Meneguzzo (1990) per l'analisi dei processi di cambiamento strategico, che vengono rappresentati in termini di:

- ▶ Spinte al cambiamento, ossia i fattori motivanti, le forze che aprono le prospettive, inducono stimoli, o determinano possibilità di evoluzione.
- ▶ Inerzia organizzativa, che comprende tutte quelle manifestazioni nelle quali si esprime la proprietà, comune a ogni organizzazione, di tendere alla stabilità, al mantenimento e alla continuità nelle caratteristiche di funzionamento.
- ▶ Agenti del cambiamento, vale a dire gli attori in grado di operare internamente come promotori e partecipanti attivi del cambiamento.
- ▶ Percorsi evolutivi, ossia le caratteristiche sequenze di scelte e azioni attraverso cui si incanala il cambiamento.

Tabella 12.11 **La differenziazione dei processi di comunicazione nelle diverse aree della comunicazione aziendale**

Comunicazione per la salute	Comunicazione di marketing	Comunicazione per l'empowerment
Ricerca (analisi e ascolto) e definizione obiettivi		
Valutazione del profilo di salute, dei fattori di rischio e protezione; analisi di marketing per il targeting e la segmentazione.	Ascolto degli utenti e analisi del proprio posizionamento nelle preferenze e percezioni degli interlocutori di domanda.	Ascolto e riconoscimento di valori e preferenze differenziate dei singoli individui, in quanto persone e cittadini in grado di esercitare diritti e compiere scelte (<i>voice, choice, exit</i>).
Obiettivi definiti e condivisi nell'ambito di una rete di alleanze di scopo (ambito specialistico) e/o di territorio (ambito comunitario).	Obiettivi definiti e condivisi dai livelli strategici e decisionali.	Obiettivi definiti coerentemente ai valori di fondo del sistema.
Programmazione		
Coinvolgimento interlocutori e <i>trust building</i> .	Coinvolgimento referenti ed esperti della produzione e <i>commitment</i> interno.	Coinvolgimento degli attori decisionali del sistema.
Enfasi sulla ricerca di una risposta comportamentale.	Enfasi sulla ricerca di una risposta anche «affettiva».	Enfasi sulle premesse cognitive.
Implementazione		
Sostanzialmente indipendente dall'offerta di servizi dell'azienda e/o del sistema, ma correlabile ad alternative comunitarie di facilitazione nell'adozione di sani stili di vita.	Non può prescindere dalla progettazione e dalla «messa in forma» dell'offerta di servizi dell'azienda e/o del sistema.	Implica la possibilità di scelta e la disponibilità di alternative di prodotti/servizi in un «mercato» accessibile per i soggetti di domanda.
Valutazione e controllo		
Sviluppo di strumenti sistematici di controllo dello «stato di salute» e di verifica dell'efficacia della comunicazione.	Sviluppo di strumenti sistematici di ascolto dell'utente e di valutazione della qualità percepita.	Sviluppo di strumenti di verifica delle conoscenze e sondaggi d'opinione.

- Leve di attivazione dei processi di cambiamento, ossia gli strumenti e i tipi di prassi mediante i quali gli attori possono indirizzare e gestire i percorsi evolutivi.

I risultati sono sintetizzati nella Tabella 12.12. Entrambi i modelli interpretativi confermano l'esigenza di trattare e interpretare in modo differenziato le diverse aree identificate dalla classificazione proposta.

Il presidio e lo sviluppo di funzioni innovative, intese come insiemi di conoscenze, strumenti e meccanismi, si intreccia e interagisce con le dinamiche legate alla loro strutturazione organizzativa. Il rapporto tra contenuti e scelte organiz-

Tabella 12.12 I profili di cambiamento e la diffusione della comunicazione aziendale

Comunicazione per la salute	Comunicazione di marketing	Comunicazione per l'empowerment
Fattori di spinta		
Situazione di allarme e di rischio per la salute.	Dinamiche concorrenziali.	Sviluppo della comunicazione nelle altre aree.
Riconosciuta rilevanza della prevenzione primaria e affermazione dell'approccio di marketing sociale.	Affermazione di innovazioni e/o elementi di differenziazione dell'offerta.	Trasferimento del potere di controllo agli attori dell'ambiente esterno.
Opportunità di costruire alleanze per migliorare la salute.	Necessità di correggere i giudizi di qualità/valore e migliorare la relazione di fiducia.	
	Necessità di migliorare le performance gestionali e/o attrarre risorse.	
Manifestazioni di inerzia		
Soglia dimensionale minima di investimento e/o sostenibilità economica delle campagne di comunicazione.	Ostacoli culturali, tecnici e organizzativi legati sia alla funzione pubblica, sia alle specificità del contesto sanitario.	Presunzione di «esattezza» scientifica della medicina.
Barriere settoriali tra la funzione di prevenzione e la funzione di comunicazione.	Valutazione di opportunità dell'investimento.	Concezione «passiva» dei cittadini e dei soggetti di domanda.
		Disponibilità di alternative e compatibilità economica del sistema.
Agenti del cambiamento		
Linee produttiva (prevenzione) e/o staff di comunicazione come agenti promotori.	Linee produttiva (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) e/o livelli strategici come agenti promotori.	Livello politico e/o attori sociali come agenti promotori.
Caratteristiche dei percorsi evolutivi		
Costruzione di un sistema di alleanze per la salute e sviluppo di soluzioni per la comunicazione a forte <i>commitment</i> in ambito comunitario.	Costruzione di identità e sviluppo di soluzioni per la comunicazione a forte <i>commitment</i> interno.	Riconoscimento «politico» della libertà di scelta (<i>voice, choice, exit</i>) e sviluppo di soluzioni per la comunicazione a forte legittimazione esterna.
Leve di attivazione		
Leadership scientifica e/o sperimentale.	Cambi di direzione e/o leadership strategica.	Innovazione istituzionale e spinta politica.
Diffusione per imitazione (community di scambio).	Soluzioni organizzative più permeabili (per progetti, per processi) e multi dimensionali.	Aggancio a dinamiche sociali o ideologiche.
Sviluppo di forme «originali» di collaborazione e partnership.	Legittimazione di funzioni e ruoli «innovativi» di staff.	Sviluppo di forme «attive» di partecipazione.
	Laboratorio di pratiche.	

zative è particolarmente delicato nelle aziende pubbliche, dove una strutturale accentuazione degli aspetti legati alle competenze formalmente assegnate, insieme a ben noti fenomeni di isomorfismo istituzionale e organizzativo, possono bloccare i processi di diffusione e apprendimento, costringendoli in assetti organizzativi inadeguati e poco coerenti con la varietà che connota le diverse realtà.

Nell'evoluzione della funzione di comunicazione delle aziende sanitarie, molti dei possibili ambiti di applicazione sin qui approfonditi appaiono ancora poco diffusi e presidiati, così come appare sostanzialmente inadeguato il contributo di alcune più consolidate strutture che operano nell'area della comunicazione, quali URP e Uffici Stampa (Mallarini e Rappini, 2003). Tra le valenze più tipiche riconducibili alla funzione di comunicazione, se ne possono declinare almeno tre:

- staff con ruolo di regolazione, per la pianificazione dei processi di informazione/comunicazione, interna ed esterna;
- staff con ruolo di presidio di un particolare ambito della comunicazione (funzione accentrata), come ad esempio nel caso degli Uffici Stampa o degli URP, che è la connotazione più diffusa;
- staff con ruolo di servizio, a supporto dei processi e delle funzioni di produzione o, a livello *corporate*, dei processi istituzionali, che è quella meno declinata e diffusa.

Molto spesso, nella pratica, i processi e le competenze relative alla comunicazione vengono rivendicati dalle strutture più consolidate, la cui matrice, come accade per molta parte degli attuali URP, è molto lontana dai fabbisogni e dalle esigenze proprie della gestione e/o delle funzioni di produzione. Nelle indicazioni regionali, ma soprattutto nelle realtà indagate, cominciano a emergere comunque alcune soluzioni organizzative innovative.

Nelle esperienze analizzate, in particolare, i processi di comunicazione sono spesso attivati su iniziativa della stessa *line*. Inoltre, non è inusuale che siano gli stessi specialisti della produzione a condurre il processo di comunicazione, come nel caso veneto per la prevenzione delle dipendenze o in quello di Rieti per il percorso sul carcinoma mammario. In ogni caso, la *line* risulta sempre e comunque coinvolta in una o più fasi del processo di creazione della comunicazione. Nei casi delle ASL di Ravenna e Crotona e in quello della Regione Toscana, in cui è presente uno staff dedicato, è comunque il livello decisionale, rispettivamente strategico o politico, ad assumere l'iniziativa. I referenti della funzione di comunicazione, o più in generale i conduttori della comunicazione, svolgono tipicamente un ruolo di coordinamento su specifici progetti e campagne, con la costituzione di gruppi di lavoro ad hoc variamente composti. Rappresentano, ma solo in parte, delle eccezioni il caso dell'Ufficio Stampa dell'ASL di Ravenna, legato a una specifica funzione accentrata, ma che sta progressivamente evolvendo verso un ruolo di supporto generale ai processi di comunicazione, e il caso tosca-

no, in cui l'ufficio regionale svolge, oltre a una funzione di regia delle campagne, anche una funzione di omogeneizzazione dei processi di comunicazione nell'ambito del sistema regionale. Per tale scopo, ed anche per diffondere l'innovazione, è stato creato un laboratorio regionale di pratiche per i comunicatori.

Nessuno dei referenti della funzione di comunicazione intervistati, e tanto meno i conduttori delle funzioni di *line*, si è peraltro qualificato come esperto di comunicazione, ma piuttosto come facilitatore, regista o committente. Le competenze e le professionalità di comunicazione mancanti vengono tipicamente acquisite all'esterno, con processi di esternalizzazione più o meno accentuati.

Se una lezione è possibile apprendere dai casi presentati, è che le soluzioni organizzative sottostanti sono sempre molto snelle e flessibili. Cercano di coinvolgere di volta in volta su specifici progetti le competenze necessarie, sia interne sia esterne, con la diffusa presenza di meccanismi molto forti di integrazione, solitamente accompagnati da un'elevata permeabilità dei confini organizzativi²⁰. Mostrano, al tempo stesso, una varietà di forme (si veda la Tabella 12.13 per i tre casi aziendali maggiormente strutturati) che andrebbe preservata e valorizzata se si ritiene, come il presente scritto dovrebbe avere mostrato, che l'area della comunicazione possa contribuire in maniera importante al miglior funzionamento del sistema sanitario pubblico e delle sue aziende.

Tabella 12.13 **Coinvolgimento di professionalità e differenziazione dei ruoli**

	ASL di Modena	Regione Toscana	Regione Veneto
Strutture operative «conduttrici»	Sistema comunicazione e marketing sociale (ruolo di project management)	Settore regionale risorse umane, comunicazione e promozione della salute (ruolo di regia)	Osservatorio regionale delle dipendenze (ruolo di committente)
Esperti della comunicazione	Staff con competenze multidisciplinari integrato con il ricorso a competenze interne e ad agenzie esterne di comunicazione per la produzione di materiali.	Agenzia esterna di comunicazione – consolidamento del rapporto di agenzia per la proposizione creativa (almeno 3 alternative) nell'ambito di un mandato condiviso e specifico di progetto.	Agenzia esterna di comunicazione – molto diretta dalla committenza nel processo creativo, con alcune difficoltà a sviluppare «contributi adeguati alle attese».
Esperti dei contenuti	Coinvolgimento degli specialisti della <i>line</i> e dei referenti per le diverse aree tematiche, in particolare del Dipartimento di Prevenzione.	Coinvolgimento referenti e specialisti delle aziende e/o degli ordini dei medici.	La stessa struttura «committente».

²⁰ Sulle forme di gestione per progetti e la correlata condizione di permeabilità dei confini organizzativi si veda in particolare Rappini (2008).

Bibliografia

- AAVV (a cura di) Marino V., Serpelloni G. (2007), *Marketing preventivo. Appunti per una nuova prevenzione al consumo di droghe*, Varese.
- Ajzen I. (1988), *Attitudes, personality and behaviour*, Milton Keynes, CA, Open University Press.
- Alfano A. (2001), *La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali*, Roma, Il pensiero scientifico.
- Bagozzi R. P. (1998), *Fondamenti di marketing*, Bologna, Il Mulino.
- Biocca M., Celata C., Domenighetti G., Signani F. (2007), «La comunicazione nella promozione della salute», *Salute e società*, 1.
- Blendon R. J. et al. (2001), «The public versus the World Health Organization on health system performance», *Health affairs*, 20(3).
- Borgonovi E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Busacca B. (2000), *Il valore della marca tra post fordismo ed economia digitale: accumulazione, ampliamento, attivazione*, Milano, Egea.
- Cheng H., Kotler P., Lee N. (2009) (a cura di), *Social Marketing for Public Health: Global Trends and Success Stories*, Jones and Bartlett Publishers, in corso di pubblicazione.
- Corvi E. (2007), *La comunicazione aziendale. Obiettivi, tecniche e strumenti*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Dolci D. (1996), *La struttura maieutica e l'evolerci*, Firenze, La Nuova Italia.
- Domenighetti G., Grilli R., Maggi J. (2000), «Does provision of an evidence-based information changes public willingness to accept screening tests?», *Health Expectations*, 3.
- Domenighetti G. (2002), «Informazione e politiche di sanità pubblica», *Salute e Territorio*, 135.
- Domenighetti G., D'Avanzo B., Egger M., Berrino F. (2003), «Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries», *International Journal of Epidemiology*, 32.
- Domenighetti G. (2007), «Dépistage: mise en garde contre la propagande», *Competence*, 10.
- Domenighetti G. (2007), «Medicalizzazione della vita e comunicazione sanitaria», *Argomenti*, 6 marzo.
- Domenighetti G. (2007), «Non tutte le campagne riescono con il buco», *Janus*, 25.
- Domenighetti G. (2007), «Thérapie informative et politique sanitaire», *Education santé*, 227.
- Domenighetti G. (2007), «Un'epidemia di diagnosi sta medicalizzando il mondo», *Janus*, 26.

- Fabris G. (2008), *Societing*, Milano, Egea.
- Flora J. e Maibach E. W. (1990), «Cognitive responses to AIDS information: the effect of issue involvement and message appeal», *Communication Research*, December.
- Golfetto F. (1993) *Comunicazione e comportamenti comunicativi*, Milano Egea.
- Holzer M., Yang K. (2006), «The performance-trust link: implication for performance measurement», *Public Administration Review*, 66(11).
- Iacullo N., Schael T., Sciarra, G. (2006), «La relazione con il cittadino – Le amministrazioni pubbliche puntano sull'URP e solo pochi sul contact center», *VoiceComNews*, n. 1, gennaio-marzo: 10-16.
- Kotler P., Roberto N., Lee N. (2002), *Social Marketing: Improving the Quality of Life*, Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Lambin J.J. (2000), *Marketing strategico ed operativo*, Milano, McGraw-Hill.
- Mallarini E., Rappini V., (2003), «Lo sviluppo della funzione marketing», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Mallarini E. (2003), «Azienda sanitaria e paziente: un rapporto in evoluzione. Il Trust Oriented Marketing applicato alla sanità», *Mecosan*, 45.
- Mallarini E. (2004), *Fiducia in Sanità. Non solo marketing*, Milano, Egea.
- Marchand J., Filiatraut P. (2002), «AIDS prevention advertising: different message strategies for different communication objectives», *International journal of non-profit and voluntary sector marketing*.
- McLuhan M. (1964), *Understanding Media: The Extension of Man* (trad. it. *Gli strumenti del comunicare*, Milano, Il Saggiatore, 1967).
- Morgan R., Hunt S. (1994), «The commitment-trust theory and relationship marketing», *Journal of Marketing*, 58.
- Rappini V. (2008), «Assetti organizzativi e forme di gestione per progetti», in Serpelloni G, Simeoni E. (a cura di) *Project Management. Gestire Progetti in Sanità e nel Sociale*.
- Rebora G., Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, Utet.
- Rogers R.W. (1983), «Cognitive and physiological process in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation», in Cacioppo J.R., Petty R.E. (a cura di), *Social psychology: A sourcebook*, New York, Guilford.
- Schael T. (2008), Conference Paper, Milano, SDA Bocconi.
- Schael T. (2006), «Il servizio al cliente nella sanità – L'integrazione del contact center con farmacie e medici di famiglia nel centro unico di prenotazione consente un servizio decisamente diverso», *VoiceComNews*, 1, gennaio-marzo: 27-32.
- Schwarzer R. (1992), *Self-efficacy: Thought control of action*, Washington DC, Hemisphere.
- Schwarzer R. (1994), «Optimism, vulnerability and self beliefs and health-related cognitions: a systematic overview», *Psychological and Health*, 9.

- Semprini A. (1996), *Dal prodotto al mercato, dal mercato alla società*, Lupetti.
- Tanzi E., Scioscia I. (2009), «Social advertising e prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV in Italia», *Economia & Management*.
- Volpi R. (2008), *L'amara medicina*, Milano, Mondadori.
- Watzlawick P. et al. (1967), *Pragmatics of human communication*, New York (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio, 1971).
- Zanobini A. (2009), «Il progetto "Di testa mia"», *Salute e Territorio*, XXX, Gennaio-Febbraio.
- Zavattaro F. (2008), *Sistemi aziendali e di governo integrati*, Conference e-book 14 gennaio 2008, Policlinico Militare Celio, Roma.