

**MARKETING,
COMUNICAZIONE
E LINGUAGGIO
NEL SISTEMA
SOCIOSANITARIO**

Carlo Scovino

Collana Gruppi,
Organizzazioni, Comunità

GOC



edizioni
ARCIPELAGO





GRUPPI, ORGANIZZAZIONI, COMUNITÀ

Collana promossa da [ARIPS](#), diretta da [Margherita Sberna](#)

È la naturale continuazione della collana Gruppi & Comunità già edita da Città Studi dal 1993 al 1998. Il desiderio di conservare questa tradizione affonda le sue radici innanzitutto nel proposito di continuare ad offrire esperienze concrete ed orientamenti teorici attuali rispetto a quanto concerne l'area dell'immateriale e dei suoi servizi.

Non sono solo i professionisti ad essere i destinatari ideali di questa iniziativa. Anche tutti coloro che vivono nelle aggregazioni umane come semplici membri di esse, o come cittadini interessati ad influenzarne i destini attraverso l'impegno politico o civile o nel volontariato possono trovare argomenti interessanti nei volumi che saranno pubblicati.

Le aggregazioni umane, da quelle più piccole (come i piccoli gruppi e le famiglie) a quelle più estese (come le organizzazioni, le istituzioni, le città) sono da sempre oggetto dell'interesse dell'associazione. La quale fin dalla nascita ha concentrato i suoi studi sulla ricerca di strategie utili a mantenere vitali le aggregazioni e a stimolarne il continuo sviluppo. L'immateriale, come oggi viene chiamato, si mostra come il settore più vivace e vitale nell'attuale società, a cavallo fra due millenni: qui si troverà lavoro nei prossimi anni, qui è concentrata l'attenzione dei legislatori che vogliono promuoverne l'evoluzione verso un maggiore benessere, qui vengono investiti patrimoni della neonata Unione Europea.

I gruppi, le organizzazioni, le comunità, i modi in cui gli individui vi abitano e le modalità per aumentarne la qualità, sono l'oggetto della ricerca, della sperimentazione e degli interventi di cui si parlerà nei contributi che verranno pubblicati in questa Collana.

Caratteristiche dei volumi saranno:

- la presentazione delle posizioni teoriche più avanzate ed evolute
- il collegamento fra principi e sperimentazione concreta sul campo
- la professionalità come procedura da applicare per raggiungere dei risultati.

ARIPS – Associazione Ricerche e Interventi Psicosociali e di Psicologia di Comunità – è un'aggregazione di ricerca, intervento e formazione, non profit e sostenuta dai soli soci. Fondata nel 1978, ha dato significativi contributi allo sviluppo delle scienze e delle pratiche psicosociali.

Autori ed esperienze saranno membri di ARIPS, ma nella filosofia di scambio e di confronto tipica dell'associazione, saranno accolti contributi di professionisti, studiosi, ricercatori esterni, che si sentono affini alle nostre impostazioni e alle nostre esperienze e che condividono la passione per lo studio e il desiderio di rifondazione delle scienze e delle pratiche sociali.

Ulteriori informazioni: www.arips.com

Collana Gruppi, Organizzazioni, Comunità

Carlo Scovino

***MARKETING, COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO NEL SISTEMA
SOCIOSANITARIO***

Copyright 2021 Edizioni Arcipelago

Edizioni Arcipelago

Via Brescia 6

25080 Molinetto di Mazzano – BS

Prima edizione marzo 2021

MARKETING, COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

Carlo Scovino

INDICE

	pagina
PREFAZIONE	8
INTRODUZIONE	12
Comunicare coi cittadini	22
I contenuti	26
I CAPITOLO -	
Il marketing sociale: opportunità e possibilità nel sociale	27
1.1. Il marketing commerciale	30
1.2. Il <i>societal</i> marketing	33
1.3. Il marketing sociale	37
II CAPITOLO -	
La comunicazione sociale e l'health literacy	67
III CAPITOLO -	
Il linguaggio: tra inclusione, diversità e empowerment	91
CONCLUSIONI	134
BIBLIOGRAFIA	142
SITOGRAFIA	146

*“Per aprire nuove strade bisogna inventare,
sperimentare, crescere, correre rischi, rompere
le regole, sbagliarsi...e divertirsi”*

Mary Lou Cook
educatrice e scrittrice

PREFAZIONE

Il testo costituisce un'interessante fotografia di come si intende la comunicazione, nella più ampia delle sue definizioni, in campo socio-sanitario. Il particolare momento di pubblicazione di questo saggio renderà più facile comprendere, anche per il neofita, la “filosofia” sottostante le comunicazioni riguardanti il Covid19 e tutto ciò che in qualche misura era collegato a questo argomento.

Non si tratta di ipotesi teoriche, di intenzioni che diventano azioni concrete sperimentalmente, per verificarne la congruenza. Ma di fatti. Ormai tutti sappiamo che esiste un “protocollo” per tutto, cioè che, a seconda della situazione in cui ci si trova, si deve agire con una sequenza di azioni precise, individuate fra quelle più efficaci al superamento del problema. Con il passare del tempo, le procedure del marketing e della comunicazione, mutate dal mondo produttivo, sono state adattate ad un contesto in cui il prodotto è costituito dalla salute dell'utente. Dunque un settore particolarmente importante per tutti, collegato alla vita, alla sua qualità e durata. Un settore influenzato grandemente dai valori etici e religiosi e dalle scelte di vita di ognuno di noi, non sempre congruenti fra loro. Ancora, un settore che richiede grandi investimenti economici e dunque molto costoso, se si vogliono mantenere a un buon livello le prestazioni.

Il marketing è nato per facilitare gli scambi, per aumentare le possibilità di scelta per il destinatario finale, che sia il cliente, il

consumatore, l'utente, ma anche perché il soggetto potesse esprimersi in piena libertà. Questo vale in particolare nel settore privato, o anche nel pubblico dove però non esiste monopolio. Nel settore della salute e in generale del sistema socio-sanitario per l'utente non esiste una concreta e visibile differenza fra istituzioni pubbliche e private perché, salvo particolari eccezioni di solito collegate al "superfluo", l'accesso è a carico dello Stato. In altre parole, a meno che io voglia una prestazione più di tipo puramente estetico o comunque non essenziale al mio benessere psico-fisico, qualsiasi intervento rientra in quelli economicamente a carico dello Stato. Se per esempio, nel mio luogo di residenza esiste soltanto una RSA comunale, la mia scelta sarà obbligata e, in più, dovrò sottostare ad una lista d'attesa stilata secondo i principi della necessità. Persino le ambulanze portano il malato in grave pericolo in un ospedale prestabilito dall'organizzazione sanitaria e non in quello scelto dal paziente stesso!

Il privato opera in maniera negoziale, il pubblico no.

Come si legge in questo saggio, anche in ambito socio-sanitario da anni ormai si è capito che conoscere i bisogni dei destinatari potenziali del proprio servizio è importante. Dato il tipo di obiettivi perseguiti in questo campo, questo è importante non solo per soddisfarli, ma anche per informare, orientare, influenzare. Rimane aperto però un problema di fondo collegato da un lato alla libertà individuale e dall'altro ai costi che scelte "sbagliate" imporrebbero allo Stato principalmente e alla comunità umana secondariamente.

L'esempio del fumo – fatto dall'Autore fra gli altri – è lapalissiano: se tu coltivi questo vizio potresti avere

conseguenze importanti sulla tua salute che obbligherebbero lo Stato a spendere per te più che per chi *sanamente* non fuma. C'è stato un momento in cui un ministro della salute non solo fece una campagna contro il fumo, ma tentò di stabilire il menù quotidiano per le famiglie italiane e soprattutto le porzioni di cibo che i ristoranti dovevano servire! Nel primo caso – il fumo – il suggerimento divenne legge che proibiva di fumare nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro, nel secondo caso – il cibo – l'impresa fallì.

Introdursi pesantemente nella vita privata della gente, rimanda a questioni etiche: in un paese democratico ciascuno ha diritto a pensarla come vuole e ad agire di conseguenza.

Va detto che l'educazione è un processo attraverso il quale si influenza intenzionalmente e che ha per obiettivo l'educando, una persona in fieri, in evoluzione dichiarata. E' diverso dalla situazione di un adulto che ha compiuto le sue scelte. Anche se è pur vero che ciascuno di noi ha una responsabilità innegabile nei confronti degli altri. Buttare una bottiglia di plastica nel mare contribuisce all'inquinamento e il gesto, moltiplicato per tutti gli abitanti della terra produce una catastrofe universale, anche per coloro che fanno la raccolta differenziata!

Come se ne esce, dunque?

L'Autore mette in luce le contraddizioni esistenti e sottointende - spesso segnala - esempi di soluzioni applicabili anche nel settore socio-sanitario. Se nel privato ci sono interesse ed attenzione per i bisogni emergenti nei potenziali "compratori" dei beni e/o servizi che si producono, per offrire una pluralità di opzioni, il sistema socio-sanitario dovrebbe

fare altrettanto. Libertà e salute sono ugualmente importanti. Occorre trovare la strategia più utile a salvaguardare entrambe. Questo testo può fare molto in questo senso, rendendo consapevoli del significato delle azioni che si compiono e espandendo la visuale oltre la soluzione più ovvia e a portata di mano.

Questo è il terzo volume che EdArcipelago pubblica sull'argomento. I tre saggi (1988, 2000, 2021) con angolazioni diverse, mettono in evidenza una riflessione in evoluzione, che ha uno stretto collegamento col destinatario finale, il cui contributo è prezioso e significativo non solo per il gestore di un'impresa profit, ma anche per tutto il sistema no-profit con particolare attenzione all'area socio-sanitaria. Come sottolinea l'Autore, l'aumento delle conoscenze e della competenza del destinatario del servizio possono mettere grandemente in crisi un'organizzazione che lo considera un individuo da manipolare o addirittura a cui dare ordini perentori.

Carlo Scovino è un “fotografo” attento ai dettagli, in bianco e nero, della vecchia scuola perché lavora da molti anni all'interno del sistema ed ha potuto osservarlo con pazienza. Nel suo caso, la particolare condizione di lavoro – resa lungimirante e libera dall'apertura del primario – gli ha permesso di misurarsi concretamente coi temi trattati in questo libro, ottenendo ottimi risultati grazie allo spirito critico declinato con la creatività e la valorizzazione dell'esistente, comprese le risorse umane.

Margherita Sberna, marzo 2021

INTRODUZIONE

I temi che vengono affrontati in questo testo sono stati trattati dal sottoscritto anche in passato ma senza un approccio compiuto e sistematizzato. Ovviamente questo libro non può considerarsi esaustivo e completo ma rappresenta il tentativo di offrire degli spunti di riflessione a tutti i professionisti impegnati nel sistema socio-sanitario-assistenziale.

Nella sanità pubblica il marketing, così come il linguaggio e la comunicazione, sono funzioni introdotte negli anni più recenti e tuttora presenti in un numero limitato, anche se in crescita. Occorre riconoscere, tuttavia, che i contenuti di tale funzione cambiano spesso da azienda ad azienda evidenziando l'assenza di un profilo chiaro ed univoco.

Si è anche osservato che, nella maggior parte dei casi le analisi riconducibili all'area del marketing non alimentano un processo aziendale di marketing vero e proprio, ma producono input per altre attività interne od esterne.

Manca ancora un completo processo di marketing e si osserva un generale e debole sviluppo del marketing operativo a livello di prodotto.

Forse ancora più indicativa della situazione del marketing nelle aziende sanitarie pubbliche è l'eterogeneità delle attività che sono ricondotte a questo termine: in alcune aziende ospedaliere esso è inteso come marketing dei servizi e delle prestazioni sanitarie, spesso relativo all'attività libero professionale, in altre la funzione di marketing è inglobata nelle normali attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) - e in questo caso sono enfatizzate le attività di rilevazione della soddisfazione

degli utenti -, o dell'Ufficio Comunicazione - in questo caso sembra potersi parlare di un marketing istituzionale o anche di un brand marketing solo in senso lato. In alcune aziende sanitarie, poi, il marketing è inteso come marketing sociale, cioè come promozione del cambiamento volontario di comportamenti (ad esempio promozione di stili di vita salutistici), anche se non mancano aziende dove il marketing sociale è inteso essenzialmente come fundraising (Kotler e Roberto, 1991).

È ragionevole pensare che le criticità presenti nell'ambito del marketing siano dovute a:

- l'assenza di incentivi chiari e solidi che spingano le aziende sociosanitarie pubbliche ad implementare una funzione di marketing;
- il mancato chiarimento degli obiettivi auspicabili e delle potenzialità del marketing nel peculiare contesto di un sistema sociosanitario finanziato pubblicamente e realizzato essenzialmente tramite aziende pubbliche in un regime di quasi-mercato.

L'assenza di un'adeguata teoria del marketing per le aziende del SSN e di chiari incentivi istituzionali si traduce, inoltre, in una accresciuta difficoltà ad implementare una funzione essenzialmente manageriale come quella del marketing in organizzazioni in cui le figure professionali hanno un ruolo di rilievo, come nel caso delle aziende sanitarie.

Come affermano Cosmi e De Pietro, *“in organizzazioni professionali, la gestione della domanda è soprattutto in mano ai professionisti, autonomi nelle decisioni diagnostiche*

*terapeutiche e non sempre riconducibili a logiche organizzative”.*¹

Inoltre, la produzione di servizi da parte di professionisti implica, per sua stessa natura, l'impiego di un sapere tecnico-professionale che non è a disposizione del management aziendale. Su questo aspetto si gioca anche il potere dei professionisti di influenzare l'adozione o meno di innovazioni che riguardano non solo gli aspetti core del servizio, ma anche di quelli “di contorno” come gli stili relazionali, un'organizzazione centrata sul paziente, sistemi di accesso *user-friendly*, contesti curati ed accoglienti – elementi che possono diventare oggetto di riprogettazione proprio nell'ambito del marketing. Tuttavia, anche la modifica di tali aspetti si colloca sul terreno di un rapporto anche di potere tra manager e professionisti che tocca dunque la capacità aziendale di implementare attività di marketing dei servizi sociosanitari.

Di norma l'attività di marketing comprende l'identificazione dei bisogni e dei desideri dei consumatori (tramite analisi di mercato, rilevazione dei bisogni e del grado di soddisfazione dei prodotti esistenti, segmentazione della clientela, definizione del target, ecc.), la progettazione e realizzazione di prodotti o servizi in grado di soddisfare tali bisogni, la determinazione dei criteri per fissare il prezzo, pubblicizzare, promuovere e distribuire il prodotto o servizio.

La riforma del SSN attuata con il D.Lgs. n.502/1992 e successive modifiche ed integrazioni procede certamente nella direzione di aprire spazi per l'introduzione di una funzione di

¹ Cosmi, L. e De Pietro, C. *“L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il marketing”*, Mecosan, n.43, 2002

marketing nelle nuove aziende sociosanitarie, ma si tratta, probabilmente, di spazi-opportunità abbastanza contenuti.

Il marketing in quanto disciplina scientifica ha costruito la propria identità ed i propri strumenti teorico-concettuali in riferimento alla problematica della commercializzazione di beni tangibili. Solo negli anni '70 si è affermato in modo inequivocabile il riconoscimento della specificità di un marketing dei servizi, conseguenza delle differenze esistenti nella produzione e commercializzazione di servizi rispetto alla produzione e commercializzazione di beni.

Diversamente dai prodotti i servizi sono essenzialmente immateriali od intangibili – un aspetto che si contrappone alla fisicità dei beni materiali. Ciò comporta che la loro qualità e le loro caratteristiche possono essere correttamente apprezzate solo al momento della loro fruizione, non precedentemente. I servizi, inoltre, sono inseparabili dalla persona che li presta e richiedono la contestualità tra produzione e fruizione – un fatto che implica la loro “deperibilità”, nel senso che non possono essere immagazzinati. Essi sono anche più difficilmente standardizzabili, ovvero sono soggetti a maggiore variabilità di produzione rispetto ai beni (caratteristica dell’eterogeneità della produzione di servizi). Tutti questi aspetti modificano in modo sostanziale le modalità del marketing.

Il marketing del settore sociosanitario tratteggiato dai principali autori statunitensi [Kotler e Clarke 1987; Berkowitz 1996] ed a volte ripreso anche nella scarsa letteratura italiana sul tema, è in effetti un marketing indissolubilmente legato ad un contesto di mercato e che pertanto mal si adatta ad assetti istituzionali differenti. Da ciò consegue l’esigenza di sviluppare ed articolare ulteriormente la teoria del marketing così da renderla in grado di prestare attenzione alle differenze significative non solo relativamente all’oggetto (marketing dei servizi versus

marketing dei beni), ma anche al contesto istituzionale (marketing per aziende operanti in un sistema sociosanitario finanziato pubblicamente ed organizzato secondo principi di quasi-mercato versus marketing per aziende operanti in contesti di mercato).

Queste prime formulazioni teoriche, per quanto necessitanti di approfondimenti e sviluppi, rendono evidente l'importanza di pensare l'area del marketing (ma anche della comunicazione e del linguaggio) in modo specifico per gli enti di un servizio sociosanitario pubblico, abbandonando così quelle assunzioni di fondo, derivanti dal marketing commerciale che rischiano di penalizzarne le potenzialità applicative in un contesto – quello del SSN – significativamente diverso da quello in cui il marketing ha avuto origine. Alcune riflessioni sul marketing per gli enti di un servizio sociosanitario nazionale mettono in luce un deficit di teorizzazione del marketing, con particolare riferimento a quello per le aziende che operano in contesti di quasi-mercato. Essa consente inoltre di ipotizzare che almeno alcune delle difficoltà di sviluppo della funzione di marketing nelle aziende pubbliche del SSN possono essere ricondotte ad un deficit di teoria. L'eterogeneità delle applicazioni e la debolezza delle implementazioni del marketing nelle aziende sociosanitarie pubbliche sembra riconducibile non solo alla debolezza di incentivi/sanzioni derivanti dalla peculiare implementazione della “concorrenza amministrata” o delle forme di “quasi-mercato” nel SSN, ma anche dalla mancanza di un modello teorico adeguato al marketing di aziende operanti in un assetto istituzionale di quasi-mercato.

Risulta plausibile ritenere che senza la sua elaborazione difficilmente potrà essere superata l'attuale situazione di frammentazione, eterogeneità e debolezza implementativa della funzione di marketing nelle aziende sanitarie pubbliche.

Alla distinzione tra domande e bisogni consegue, inoltre, l'importanza, per i servizi sanitari pubblici, di pervenire sia ad una analisi dei bisogni, sia ad un'analisi della domanda.

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

Un ultimo aspetto che necessita di una più puntuale considerazione per sviluppare una teoria del marketing dei servizi sociosanitari pubblici consiste nella più precisa differenziazione delle organizzazioni coinvolte. Nell'ambito di contesti di quasi mercato, si ritrovano quattro tipi principali di organizzazioni sanitarie:

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

Le differenze tra queste organizzazioni in termini di missione e compiti si traducono in modelli diversificati di marketing.

Come rilevato nelle indagini empiriche, nelle Asl il marketing tende ad assumere una valenza di strumento analitico-conoscitivo e di comunicazione sociale e/o istituzionale,

mentre nelle aziende ospedaliere il marketing è utilizzato come strumento competitivo, per la gestione della libera professione intramuraria, dell'area dei servizi aziendali a pagamento, dei contratti interaziendali, oltre che, in alcuni limitati casi, a supportare la definizione del posizionamento strategico aziendale.

Il progressivo affermarsi di attività di marketing anche nella sanità pubblica testimonia di un accresciuto interesse verso questa disciplina, pur a fronte della mancanza di un modello teorico adeguato e universalmente riconosciuto. Stante le limitazioni sopra richiamate e l'assenza di una teoria del marketing per la sanità pubblica adeguatamente sviluppata, qui di seguito vengono citati quattro ambiti applicativi del marketing nelle aziende sociosanitarie pubbliche:

- marketing istituzionale, corporate marketing, brand marketing,
- marketing sociale come raccolta fondi.

Alcune strutture ospedaliere – pensiamo alla Mayo Clinic negli USA o, in Italia, all'Ospedale San Raffaele di Milano, all'Istituto Giannina Gaslini di Genova o all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna – sono caratterizzate dall'essere ampiamente conosciute e dal godere di un'alta reputazione tra i potenziali utenti e tra i cittadini in generale. Familiarità ed apprezzamento sono in effetti le due dimensioni chiave per un'analisi di primo livello dell'immagine aziendale. In tal modo si chiarisce anche il concetto di immagine aziendale come insieme di elementi sia cognitivi che valutativi. Alcune aziende sociosanitarie particolarmente dinamiche hanno fatto del campo del marketing del brand aziendale uno dei fronti di innovazione. Brand marketing (inteso qui come marketing della “marca” aziendale) e corporate marketing (il marketing al livello dell'intera organizzazione) trovano qui diverse aree di sovrapposizione. Il concetto di corporate marketing è inoltre

rilevante anche perché indica che il target dell'azione di marketing non è costituito solo dai potenziali utenti, bensì anche dai diversi gruppi di stakeholder. Solo riconoscendo questa differenziazione degli stakeholder potrà essere possibile impostare un'attività di marketing dispiegata sull'intera gamma dei gruppi di riferimento: utenti, committenti istituzionali, stakeholder in senso stretto (fornitori, comunità locale, organizzazioni sindacali, rappresentanze dei professionisti, rappresentanze degli utenti, organizzazioni di volontariato, ecc.).

Il dispiegamento di una strategia di gestione dell'immagine aziendale nei confronti dei differenti gruppi di stakeholder ha l'obiettivo di conseguire la produzione di "risorse" diversificate: reputazione nei confronti degli utenti, credibilità nei confronti della committenza istituzionale e di alcune categorie di stakeholder, attrazione per il *cause related marketing* e per la raccolta fondi.

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

Lo stesso avviene se dalla dimensione cognitiva (familiarità) si passa a quella valutativa (reputazione). La reputazione di un'istituzione o di un'azienda è anzi ancor più strettamente legata alla dimensione temporale, visto che la reputazione può essere intesa come il giudizio cumulativo nel tempo su tali

organizzazioni. La teoria del management dell'immagine e della reputazione aziendale è sviluppata spesso facendo riferimento alle teorie di image management e *self-presentation* relative al livello individuale, le cui formulazioni fondamentali si trovano tuttora nell'opera di Erving Goffman. Questo riferimento, in effetti, consente di focalizzare l'attenzione sulle modalità di agire strategico, sulla selettività delle rappresentazioni, sul controllo dell'immagine proposta di sé.

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

La marcata differenziazione degli strumenti di promotion mix e delle unità organizzative interne deputate alla loro gestione rende particolarmente difficile la realizzazione di una gestione unitaria dell'immagine aziendale. A questo si somma il fatto che a livello nazionale le norme relative alle attività di comunicazione delle istituzioni e delle aziende pubbliche

risultano essere più il prodotto di un progressivo processo di stratificazione che di un progetto sistematico ed organico.

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

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

processi informali di comunicazione hanno acquisito dignità teorica sotto l'etichetta di “passaparola” (word-of-mouth) [Gremier et al. 2001; Mazzarol et al. 2007]. Gli utenti di servizi si confrontano con la peculiare situazione per cui la qualità del servizio ricevuto non può essere né rappresentata, né valutata prima dell'effettiva erogazione.

COMUNICARE CON I CITTADINI

Spesso, almeno nel recente passato, si è pensato erroneamente che le P.A. non avessero alcuna ragione di pubblicizzare alcunché (per esempio servizi ospedalieri d'eccellenza che pur esistono su tutto il territorio nazionale, ambulatori che erogano servizi superspecialistici e di alta qualità, ecc.). D'altro canto, l'obsolescenza degli strumenti informatici, l'inadeguatezza di molte sale d'attesa, la stolidità di alcuni professionisti, e l'elenco purtroppo potrebbe continuare, faceva ritenere che le P.A. non avessero alcun dovere verso i cittadini (che con le loro tasse sostengono tutti gli apparati) e viceversa questi ultimi non avessero alcun diritto nel reclamare servizi efficaci ed efficienti. La globalizzazione, l'accelerato sviluppo delle tecnologie, una maggior consapevolezza da parte degli *stakeholders*, riforme legislative che si sono succedute nel corso degli ultimi dieci anni e altro ancora, hanno cambiato lo scenario che questo testo ha tentato di fotografare: scelte politiche e organizzative stanno tentando di fidelizzare i cittadini verso uno Stato che non è qualcos'altro e non è più visto come un “nemico” ma che gli appartiene e che contribuiscono a mantenere in termini economici. Il processo di ottimizzazione di servizi e prestazioni è stato però realizzato non in modo coerente e ancora adesso si possono osservare

antiche e nuove resistenze al cambiamento. Molti autori hanno sostenuto che l'inesistenza di un mercato concorrenziale non abbia stimolato l'esigenza di migliorare i servizi/prestazioni: è come se i momenti di solerzia e attenzione da parte delle P.A. siano quelli volti a scoraggiare gli "acquirenti" dei servizi. È paradossale che ancora oggi, troppo spesso, le comunicazioni con i cittadini riguardino avvisi di sospensione del servizio, di drastica limitazione dell'orario di accesso, ecc. appesi in luoghi poco visibile e scritti talvolta anche in maniera scorretta e poco comprensibile (la vecchia usanza dell'uso del burocratese è dura a morire!). La scelta di motivare i cittadini ad utilizzare i servizi/prestazioni sociosanitari in maniera sempre più appropriata ed efficiente richiede proposte e strategie chiare e coerente dal punto di vista comunicativo e da quello del marketing.

Come molte istituzioni burocratiche, i servizi sociosanitari dimenticano i fini per cui sono nati e li sostituiscono con finalità "interne": il "padrone" dei servizi non è il cittadino bensì l'operatore o l'autorità gerarchicamente superiore. Nel corso degli anni sono nate molte associazioni dal basso evidenziando la pressione da una logica centralista a quella comunitaria (movimento dei diritti del malato, cittadinanza attiva, movimento dei consumatori, ecc.). Ancor oggi, nonostante il parlamento abbia legiferato in materia, le procedure per la valutazione interna dei servizi fatica a decollare. Molto spesso le norme e le procedure (queste ultime agitate quando entrano in gioco battaglie di potere) vengono evase con la compiacenza di tutti fintantoché la pressione dell'opinione pubblica, l'attenzione dei mass media, ecc. non ne richiede il rispetto. Il passaggio ad una logica del cittadino come utente-padrone del servizio è una vera rivoluzione culturale e organizzativa e non può avvenire se non tramite

interventi intenzionali: molti di questi sono di carattere giuridico ed economici (leggi e contratti di lavoro) ma molti sono anche di carattere culturale e psicologico.

Come più volte evidenziato dallo psicologo G. Contessa esiste il problema dell'utente potenziale, ovverosia intercettare le persone che per svariati motivi non accedono ai servizi pur avendone bisogno. I professionisti dei servizi attendono il cittadino cui fornire aiuto/sostegno e da ciò ne consegue che quest'ultimo sia un cittadino "maturo" o per cultura o per disperazione che: passare da una logica passiva e casuale ad una attiva e programmata richiede una rivoluzione culturale ed una somma di capacità e procedure molto insolite. È bene ricordare che l'utente potenziale non è solo colui che ha un problema ma non lo riconosce e non sa a chi rivolgersi, ma è anche colui che avrà un problema domani mentre oggi fa solo parte di un gruppo "a rischio" o addirittura non presenta alcun problema, cioè è "sano e normale".

Il lavoro preventivo deve attivarsi nei servizi per due motivi: il primo è culturale e morale e il secondo e più materiale e forse più accettabile come motivo per la prevenzione perché riduce i costi degli interventi "post" disagio. È bene ricordare che i professionisti dei servizi dovrebbero avere in mente non solo utenti singoli ma anche gruppi di utenti perché questo consentirebbe di affrontare il "problema" dove nasce e con le risorse che si trovano nel territorio (vedasi i gruppi di auto-mutuo-aiuto o i gruppi di volontari uniti da un problema simile). Ben presto questi gruppi diventano vere e proprie entità ben caratterizzate, capaci di esprimere bisogni e proposte, di intervenire e negoziare.

Le organizzazioni pubbliche e le istituzioni del nostro paese, essendo per dichiarazione formale democratiche, si sono poco preoccupate di esserlo concretamente. Lo Stato, la P.A. e gli

EE LL da una parte operano in regime di monopolio e dall'altra non hanno alcuna preoccupazione che i loro servizi vengano "acquistati". I servizi utili all'erogatore vengono imposti all'utente nelle quantità, nei modi e nei tempi che l'erogatore stesso decide. I servizi utili al cittadino ma non necessari all'erogatore vengono forniti senza alcun interesse alla possibilità e ai modi d'uso dell'utente. La P.A. opera con il cittadino su un terreno non negoziale, veicolato da un insieme di tecniche ma anche da una cultura del potere imposto. Ormai è sempre più pressante l'esigenza da parte della P.A. la questione di promuovere i propri servizi presso i cittadini. Non è più sufficiente erogare servizi che hanno una qualità intrinseca ed è diventato sempre più rilevante che il lavoro sia adeguatamente conosciuto e apprezzato dai cittadini anche attraverso la costruzione di un'immagine più credibile e autorevole.

Nella P.A. parole come marketing, comunicazione appropriata, linguaggio semplice e chiaro, ecc. suscitano vecchie e nuove resistenze che rischiano di compromettere le possibilità di sviluppo e innovazione che non sono più procrastinabili. Nel caso dei servizi sociosanitari, poi, c'è anche il problema della definizione del prodotto, che essendo immateriale non si può "mostrarlo" prima di produrlo. Questa immaterialità, con la conseguente difficoltà di definire ciò che si produce, molte volte può diventare un alibi per non valutare ciò che si produce. Un altro tema importante (soprattutto in psichiatria) è quello della dislocazione e dell'accessibilità che richiama il concetto di territorialità come scelta di agire nel contesto in cui sono presenti i "problemi" e la domanda di servizi sociosanitari, e cioè il territorio.

Negli ultimi anni il termine paziente è stato sostituito da cittadino-paziente o, nella maggior parte dei casi, in quello di

cliente destinatario del servizio/prestazione. Spesso, però, chi riceve il servizio non sempre è colui che paga e non sempre i criteri della valutazione della qualità e delle attese del servizio coincidono: spesso tra utente e ente committente e pagante esistono attese diverse.

I CONTENUTI

Il primo capitolo tratta il tema del marketing e le sue differenziazioni: commerciale, *societal* e sociale.

Nel secondo viene avviata una riflessione sulla comunicazione e sulle campagne di informazione.

Nel terzo capitolo viene trattato il tema del linguaggio e le sue implicazioni nei processi di inclusività.

La prefazione è stata scritta da Margherita Sberna, che è stata presidente di ARIPS. Le ho chiesto di scrivere la prefazione perché sono sempre molto lusingato delle attenzioni che mi riserva e dall'affetto che prova per me. L'ho incontrata, insieme a Guido Contessa e a Maria Vittoria Sardella, molto tempo fa quando mi affacciavo al mondo del sociale senza sapere bene cosa stessi facendo e senza una grande preparazione teorica.

A lei, a Guido e a Vittoria sono ancora infinitamente grato per ciò che mi hanno insegnato, per aver creduto in me (quando pochi ci credevano) e per continuare a farlo.

I CAPITOLO

IL MARKETING SOCIALE:

OPPORTUNITA' E POSSIBILITA' NEL SOCIALE

Prima di avviare la riflessione sul focus di questo capitolo, condivido con il lettore alcune considerazioni generali.

Ho iniziato a occuparmi del tema molto tempo fa, quando facevo parte dell'ufficio stampa di una grande organizzazione di volontariato. In quella sede ho imparato a scrivere un comunicato stampa (c.s.) tenendo in considerazione le 5 w – *who, why, what, when, where* – (chi, perché, cosa, quando e dove); come effettuare una telefonata ad un giornalista; quando inviare il c.s. e quando effettuare la recall; come costruire una rassegna stampa, ecc. Ricordo che fu un periodo molto interessante e la mia curiosità fu catturata da quel mondo che fino ad allora mi era parso lontano e di cui non comprendevo appieno l'importanza. Fu così che il marketing e le campagne di sensibilizzazione e informazione mi apparvero una grande opportunità per poter rendere visibile, coerente e metodologicamente fondato il mio lavoro. Nello specifico mi riferisco a progetti nell'ambito sociosanitario dove, se pur tra molte difficoltà, alcune iniziative lodevoli e significative non venivano, e tuttora non vengono, promosse neanche tra gli addetti ai lavori.

Poi è arrivato il periodo degli approfondimenti epistemologici, fenomenologici e sociologici che mi ha (ri)sollecitato a tematizzare il discorso intorno al marketing, alla comunicazione e all'uso dei linguaggi: comunicare è diverso da informare e le attenzioni linguistiche (relative al genere, all'età, alle condizioni di fragilità, ecc.) non sono un mero esercizio teorico ma precedono, accompagnano e sostanziano il discorso rendendolo più appropriato e corretto.

Successivamente è arrivato il periodo della scrittura: libri, articoli, *papers* per congressi in Italia e all'estero, ecc. È in questa fase che ho deciso di mettere nero su bianco tutto quanto avevo imparato nel corso degli ultimi vent'anni anche se avevo già iniziato a farlo un po' prima all'interno dell'Università e di altri ambiti.

La spinta decisiva ad occuparmi di questi temi è stata la frequenza del Master di II livello EMMAS (dirigenti per strutture sociosanitarie e assistenziali) dell'Università Bocconi di Milano.

Nonostante i grandi progressi compiuti in questi decenni dalla moderna medicina il consumismo sanitario appare essere aumentato: ciò significa che la maggior disponibilità di informazioni sanitarie non è servita in generale ad aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei cittadini (parte importante tra gli stakeholders delle aziende sociosanitarie pubbliche). I programmi televisivi, per assicurarsi un alto indice d'ascolto, sono portati a fare spettacolo e a tal fine privilegiano o accentuano le controversie, i dubbi e le polemiche. Mettere sullo stesso piano persone esperte, portatrici di conoscenze mediche corrette e documentate e altre che non hanno competenza e nei casi peggiori riferiscono notizie false può avere conseguenze deleterie sull'opinione pubblica. Lo sconsolante spettacolo tra virologi, infettivologi ed

epidemiologi a cui abbiamo assistito in Italia durante la pandemia da Sars-Cov2 ne è stato un esempio lampante. Anche l'accesso a Internet, che pur consente l'accesso a documenti ufficiali, permette altresì di incorrere in notizie, anche episodiche, provenienti da fonti non verificabili che contribuiscono così alla disinformazione.

A tutto ciò si aggiunge una pubblicità assordante sui temi della salute e del benessere, alla quale non si contrappone un'efficace comunicazione da parte delle autorità sanitarie e della medicina ufficiale, chiusa nella sua turris eburnea, spesso incapace di dialogare con un pubblico sempre più esigente e diffidente, con opinioni talora errate e difficili da scardinare. In aggiunta la medicina deve scontrarsi con un vago desiderio di immortalità che viene costantemente veicolato dai mass media ingannando l'opinione pubblica sulla possibilità di fermare, sospendere e fermare la morte che viene vista come un nemico inesorabile e non come la naturale conclusione della vita di ognuno di noi.

Anche la letteratura più recente che si occupa di marketing sui temi della salute sottolinea la necessità di trovare nuove forme di comunicazione che coinvolgano i cittadini in modo più efficace delle informazioni oggi largamente disponibili sui media e in Internet. È possibile modificare questa deriva disinformativa? Di seguito verranno offerte al lettore alcune riflessioni in merito.

Quando parliamo di marketing è utile sapere che ne esistono di tre tipi: commerciale, *societal* e sociale.

Di seguito descriverò sommariamente le caratteristiche dei primi due e approfondirò l'ultimo che è il tema di questo capitolo.

1.1. IL MARKETING COMMERCIALE

Quando parliamo di marketing commerciale stiamo indicando quelle attività destinate a progettare, strutturare e gestire la fase distributiva di un prodotto: esso esiste allo scopo di migliorare l'efficacia del piano generale definito dall'azienda. Naturalmente rappresenta uno snodo cruciale del piano aziendale e ciò che conta è accontentare i bisogni non dei consumatori finali ma dei distributori. Molto semplicemente è il modo per vendere prodotti e servizi alla clientela che consentirà l'accesso ai consumatori finali che il team del marchio sta cercando di attrarre. Le attività definite di marketing individuano due grandi macroaree: *above the line* e *below the line*. La prima è diretta verso il cliente finale tramite raccolte punti, *fidelity card*, locandine, *comarketing*, politiche di scaffale, ecc.; esse si sommano alle attività *above the line* quali campagne affissioni, tv, radio, eventi, ecc. dell'azienda produttrice.

Una strategia efficace di marketing commerciale prevede un elenco di attributi, piuttosto che un elenco di clienti o potenziali o effettivi. In esso dovrebbero esserci precise indicazioni quali ad esempio la geografia, il canale, il tipo (ad esempio, all'ingrosso o al dettaglio), ecc. Non solo: anche agenti di vendita, *customer service* e servizi di gestione. La difficoltà sta non solo nella sua attuazione ma anche nel mantenere l'intera organizzazione in linea con essa.

Il marketing commerciale, in inglese *trade marketing*, è il compendio delle attività di marketing svolte dall'azienda produttrice verso il proprio partner commerciale, il distributore. Si tratta, dunque, del soddisfacimento delle esigenze dei propri clienti commerciali, sempre in un'ottica di miglioramento delle vendite e di altri fattori.

Gli obiettivi del marketing commerciale, oggi, sono soprattutto due: il primo è legato alla massimizzazione degli investimenti nel mercato finale ricercato tramite la razionalizzazione degli investimenti nel mercato intermedio pianificando le attività sul trinomio prodotto/cliente/canale. In questo modo si gestiranno le relazioni verticali cercando di soddisfare il cliente e il consumatore.

Il secondo obiettivo è legato all'aumento della *brand loyalty* e della *store loyalty*, che possiamo definire come valutazione della marca e del negozio da parte del consumatore. La *store loyalty* può essere valutata da un punto di vista comportamentale (ad esempio il tasso di riacquisto dei prodotti presso gli stessi punti vendita) e cognitiva (immagine favorevole che il consumatore ha della stessa insegna).

L'obiettivo del marketing commerciale è di accrescere il livello di *store loyalty* della clientela, generando una maggiore spesa e una minore incidenza della concorrenza, puntando a migliorare infrastrutture e assistenza, vantaggi economici e varietà dell'offerta per assicurarsi quote maggiori e superiori frequenze di acquisto.

Il termine marketing, che deriva dal verbo inglese *to market*, ovvero immettere e rendere adatto per il mercato, è stato usato storicamente per indicare l'attività dell'impresa volta a gestire le relazioni con il mercato e facilitare la commercializzazione di beni e servizi. Il marketing tipicamente attiene alle decisioni relative al prodotto: caratteristiche e immagine, prezzo di vendita, canali di distribuzione, azioni promozionali e pubblicitarie, rete di vendita, ecc. Nel tempo, tuttavia, la parola si è caricata di diverse sfumature di significato dovendosi adattare ai mutamenti dell'ambiente socioeconomico in cui le imprese si sono trovate ad operare. Grazie allo sviluppo scientifico e tecnologico che ha consentito

nuove e più diversificate modalità di interazione tra imprese e clienti si è osservato un sempre maggiore orientamento al cliente che ha generato un radicale cambio di prospettiva. Con il passare del tempo, infatti, il marketing transazionale (*make and sell*) è stato definitivamente soppiantato dal marketing relazionale (*sense and respond*).

Si è passati, in altri termini, dall'impresa *production oriented*, focalizzata sulla produzione e sul prodotto, a quella *marketing oriented*, focalizzata sul cliente. Se la prima persegue obiettivi di fatturato e punta a vendere tutto ciò che ha prodotto sulla base della sola potenzialità produttiva, la seconda mira a conseguire profitto producendo solo quello che ritiene di poter vendere in base alle esigenze della propria domanda di riferimento. Più nel dettaglio, l'attività prioritaria dell'impresa orientata al marketing è quella di individuare e stimolare i bisogni dei consumatori e di promuovere prodotti o servizi idonei a soddisfarli, adattando di volta in volta i processi produttivi e le strategie di vendita al variare dei desideri e delle preferenze dei clienti.

Il marketing, secondo il nuovo orientamento, riguarda tutte le decisioni mediante le quali l'azienda sviluppa, comunica e rende disponibile ai clienti la propria offerta di valore. In tal senso si è espressa l'associazione che rappresenta i professionisti del marketing in America (American Marketing Association o AMA), che ne ha voluto dare la seguente definizione

“una funzione organizzativa e un insieme di processi volti a creare, comunicare e trasferire valore ai clienti e a gestire i rapporti con essi in modo che ciò vada a vantaggio dell'organizzazione e dei suoi stakeholder”.

1.2. IL *SOCIETAL* MARKETING

Questo concetto indica che un'azienda dovrebbe prendere decisioni di marketing non solo considerando i desideri dei consumatori e i requisiti dell'azienda ma anche gli interessi a lungo termine della società. È strettamente legato ai principi di responsabilità sociale delle imprese e di sviluppo sostenibile.

A. Kaplan (accademico tedesco, professore di Marketing e Comunicazione all'ESCP Europe Business School e ricercatore su temi quali i social media ed il marketing virale) definisce la gestione della società come "*...gestione che tiene conto del benessere generale della società oltre a semplici considerazioni sulla redditività...*". È un concetto tridimensionale di marketing: assistenza sociale, benessere individuale e profitto dell'organizzazione. Alcuni autori hanno prestato attenzione a definire inoltre il concetto di *societal marketing* con il termine impegno di un'azienda privata a un buon comportamento ambientale o sociale. Il concetto di *societal marketing* afferma che il compito di un'impresa è quello di determinare i bisogni, i desideri e gli interessi dei mercati e di procedere al loro soddisfacimento più efficacemente ed efficientemente dei loro concorrenti, secondo modalità che preservino e rafforzino il benessere del consumatore e della società.

L'attenzione del settore privato verso la propria responsabilità si può estendere al di là della mera vendita del prodotto e interessa la garanzia della qualità, costi accettabili, catena di produzione che non intacchi eccessivamente l'ambiente, eliminazione di ingredienti nocivi, non sfruttamento di lavoro minorile, risparmio energetico, sicurezza di uso ecc., tutti elementi che possono influire molto sulla permanenza di un'azienda sul mercato, nella misura in cui essa è stata attenta

al suo ruolo sociale. In Italia si utilizza l'aggettivo sociale per indicare anche quello *societal*, quello cioè delle responsabilità sociali dell'impresa e quello delle organizzazioni senza fini di lucro, sia pubbliche che private. In ogni caso alla base sta il prodotto che è rappresentato principalmente da idee, valori, atteggiamenti e comportamenti che divengono temi di rilevanza collettiva.

A P. Kotler viene generalmente attribuito il merito di aver introdotto il concetto di marketing sociale nella letteratura in un articolo del 1972 dal titolo "*Cosa significa consumismo per i marketer*" nell'*Harvard Business Review*. Certamente Kotler credeva di aver coniato il termine *societal* ed è stato il primo a codificarlo nella letteratura specifica. Alcuni storici del settore hanno sostenuto che una prospettiva sociale non era nuova e che la prova poteva essere trovata nella teoria del marketing e in alcuni testi sin dall'inizio della disciplina nei primi anni del 1900. Kotler ha introdotto il concetto di *societal marketing* (estendere le tecnologie di marketing in settori non aziendali) sostenendo che esso doveva essere temperato e infine rivisto adottando un orientamento sociale più esplicito. La novità del concetto di Kotler è stata l'idea del benessere dei consumatori a lungo termine, sottolineando che i desideri a breve termine potrebbero non sostenere gli interessi a lungo termine del consumatore o essere positivi per la società nel suo insieme.

Il concetto di *societal marketing* adotta la posizione secondo cui gli esperti di marketing hanno una maggiore responsabilità sociale rispetto alla semplice soddisfazione dei clienti e alla fornitura di un valore superiore: le attività di marketing dovrebbero sforzarsi di favorire il benessere generale della società. Le organizzazioni del settore che hanno abbracciato il concetto di *societal marketing* in genere identificano i principali gruppi di stakeholder tra dipendenti, clienti,

comunità locali, pubblico e governi e tengono conto dell'impatto delle loro attività su tutti gli stakeholder. Garantiscono che le attività di marketing non danneggino l'ambiente e non siano pericolose per la società in senso lato. Il *societal marketing* richiede alle aziende di includere considerazioni sociali, etiche ed ecologiche nella pianificazione del prodotto e del mercato.

Kotler ha identificato quattro categorie di prodotti, classificati in termini di benefici a lungo termine e soddisfazione immediata:

- ✓ prodotti carenti, che non portano benefici a lungo termine o a breve termine,
- ✓ prodotti piacevoli, che portano un alto livello di soddisfazione immediata ma possono causare danni alla società a lungo termine,
- ✓ prodotti salutari, che portano a una bassa soddisfazione a breve termine ma a un beneficio alla società a nel lungo termine,
- ✓ prodotti desiderabili, che combinano benefici a lungo termine e soddisfazione immediata.

Il concetto di *societal marketing* di Kotler suggeriva che per il benessere della società i prodotti carenti dovevano essere eliminati dal mercato, i prodotti piacevoli e salutari dovevano passare attraverso un processo di modifica del prodotto per acquisire uno status desiderabile incorporando i benefici mancanti a breve termine nei prodotti salutari e benefici a lungo termine in prodotti piacevoli e l'obiettivo finale delle aziende dovrebbe essere quello di sviluppare prodotti desiderabili. Invece di concentrarsi sulla vendita di prodotti, che possono essere positivi o negativi per i consumatori, le aziende dovrebbero concentrarsi sul benessere dei consumatori e della società.

La maggior parte delle aziende riconosce che le attività socialmente responsabili migliorino la propria immagine tra clienti, azionisti, comunità finanziaria e altri pubblici rilevanti. Le pratiche etiche e socialmente responsabili non sono semplicemente buoni affari ma contribuiscono a fornire un'immagine favorevole dell'organizzazione con un aumento delle vendite.

Su questo argomento ho già scritto alcuni articoli ritrovabili sul Web.

Il *societal marketing* si occupa della considerazione degli aspetti sociali ed etici della pianificazione: i benefici sociali sono una delle numerose considerazioni nel marketing sociale. Il *societal marketing* utilizza tecniche e strategie commerciali più tradizionali e si concentra sulla persuasione per raggiungere obiettivi per un maggiore bene sociale. Le sue campagne possono incoraggiare beni di valore, come ad esempio la raccolta di fondi per organizzazioni senza scopo di lucro o dissuadere l'uso di beni demeriti che non promuovono il benessere della società, come ad esempio le campagne per smettere di fumare o promuovere l'uso delle cinture di sicurezza. Il *societal marketing* delle aziende sta attirando l'attenzione dei consumatori e ci sono tutte le ragioni per aspettarsi che continui ad evolversi nella pratica: si concentra sulla fornitura di opportunità vantaggiose per le aziende, i consumatori e la società. Ma raggiungere i vantaggi convincenti per ciascuna parte coinvolta è molto complicato: ottenere una situazione vincente per l'organizzazione coinvolta dipende in gran parte da come reagiscono i suoi componenti chiave.

Perché i consumatori possano “vincere”, il *societal marketing* deve offrire loro vantaggi convincenti che aumentino il loro

benessere generale stimolandoli, per esempio, a domandarsi: Quali benefici ha effettivamente offerto l'iniziativa di *societal marketing* ai consumatori? Ci sono vantaggi diretti nell'interazione con un'organizzazione commerciale o no profit? Determinare se esiste una situazione vincente per la società per iniziativa di *societal marketing* è la domanda più difficile a cui rispondere. Questo tipo di marketing sta diventando popolare a livello globale ma la ricerca in questo campo è ancora relativamente esigua. È necessario promuovere un'ampia ricerca, in particolare indagando le domande relative al suo impatto sull'atteggiamento dei consumatori nei confronti dell'immagine aziendale, di quella del prodotto e delle loro intenzioni di acquisto o della scelta del marchio, nonché sull'impatto positivo sulla società.

1.3. IL MARKETING SOCIALE

Esso negli ultimi anni è stato applicato anche all'ambito sociosanitario. Per definirne il significato cito quanto affermato da A. Andreason

*“...l'applicazione delle tecnologie del marketing commerciale attraverso l'analisi, pianificazione, realizzazione e valutazione di messaggi destinati a modificare i comportamenti del pubblico al fine di migliorare la salute del singolo e quella dell'intera società...”*²

² Andreassen R. *Social marketing: it's definition and domain*, Journal of Public Policy & Marketing, 1994

Il presupposto è che dati e argomentazioni scientifiche siano fattori importanti ma non sufficienti a incidere sugli stili di vita dei cittadini. Da Aristotele in poi una ricca letteratura dimostra che l'adesione dei popoli a campagne informative, a trasformazioni socioculturali, ecc. non si ottiene solo con argomenti razionali (logos) e dati scientifici ma si ottiene piuttosto quando questi elementi vengono comunicati con messaggi capaci di suscitare attenzione ed emozione (pathos) e sono trasmessi da testimoni che godano della fiducia popolare (ethos).

Un messaggio per essere efficace deve essere in grado di catturare l'attenzione del pubblico e coinvolgerlo a tal punto da spingerlo a cambiare le sue abitudini. Per ottenere questo risultato gli esperti suggeriscono di utilizzare l'esperienza e la storia clinica dei pazienti. Molti studi hanno dimostrato che il vissuto di un paziente risulta molto più convincente della presentazione asettica dei suoi dati clinici: da qualche anno numerose sono le segnalazioni di iniziative in questa direzione. Alcuni autori hanno sottolineato l'importanza di ricorrere a forme popolari di intrattenimento (*Entertainment Education Approach*) come serie televisive, videogames, mimi, rappresentazioni teatrali, filmati e cortometraggi per trasmettere messaggi capaci di stimolare il cambiamento degli stili di vita.

Quando si pensa alla comunicazione della salute solitamente crediamo che si stia parlando di un tema che riguarda prevalentemente gli amministratori pubblici e coloro che sono impegnati nel sociale o nelle associazioni di settore. In realtà si tratta di questioni che vedono gli individui non solo come destinatari ma anche come mittenti: quasi tutti gli attori della salute sia pubblici (lo Stato, gli enti locali e le Aziende

Sanitarie) che del terzo settore (e dunque né pubblici né privati) agiscono in nome del cittadino e nel suo esclusivo interesse. Essi diffondendo informazioni utili per il benessere individuale e promuovendo sani stili di vita si pongono come obiettivo quello di sensibilizzare ogni persona a scegliere comportamenti salutarî rendendola consapevole di ciò che può essere dannoso per la sua salute. Ogni mutamento che avviene nelle modalità e nelle tecniche di comunicazione della salute è quindi direttamente finalizzato a migliorare le abitudini di vita degli individui e indirettamente volto a rendere la società più equa e giusta attraverso la potenziale riduzione delle differenze relative alla condizione socioeconomica delle persone. Sono consapevole che sviluppare in modo chiaro un argomento così vasto e complesso è un compito arduo ma cercherò di dar vita ad una tematizzazione il più possibile lineare che possa presentare al lettore sia gli aspetti più innovativi sia le numerose criticità che sono presenti in materia. Capire come si è passati dalla comunicazione tradizionale (condotta tramite opuscoli o volantini) alla comunicazione svolta tramite i social network consente di maturare una conoscenza e uno spirito critico assai utile per comprendere per quale motivo oggi gli attori della comunicazione per la salute facciano determinate scelte e per quale ragione oggi si prediliga utilizzare certi linguaggi e certi toni per raggiungere in modo più efficace il destinatario. Si tratta di un argomento che ha una ricaduta costante nelle nostre vite e nella nostra quotidianità (si pensi ai cartelloni che diffondono messaggi sociali per strada o alle campagne istituzionali del Ministero della Salute diffuse in televisione).

Il marketing sociale utilizza le leve strategiche proprie del marketing commerciale, ma si differenzia da esso per il diverso scopo: mentre il marketing commerciale mira a far conseguire

un profitto a chi vende, il marketing sociale ha come finalità l'ottenimento di un beneficio per i destinatari del progetto, beneficio che può essere di tipo sociale o legato alla salute (ad esempio campagne contro il fumo, contro l'obesità, contro l'abuso di alcol o droghe campagne per la riduzione del danno, campagne per sensibilizzare gli automobilisti all'uso delle cinture di sicurezza, ecc.). Altra differenza tra marketing sociale e commerciale è che il primo vende un'idea e non un prodotto o un servizio concreto, come accade con il secondo. Anche il marketing sociale deve combattere una sua concorrenza, che non è rappresentata dalle altre imprese presenti sul mercato, bensì da uno stile di vita diffuso e da un'opinione che si vuole contrastare.

Bisogna fare attenzione anche a non confondere il marketing sociale con la comunicazione sociale. Quest'ultima utilizza la sola comunicazione per indurre ad un cambiamento dei comportamenti, mentre il marketing sociale impiega tutte le tecniche proprie del marketing. La sola comunicazione può risultare inefficace per combattere alcuni comportamenti indesiderati: essa deve essere accompagnata da interventi legislativi, tecnologici, economici e non solo informativi.

“Le strategie del marketing sociale si occupano prima di tutto dei bisogni, delle preferenze e delle condizioni socioeconomiche del pubblico di riferimento. Queste informazioni sono utilizzate per garantire che vengano offerti i migliori vantaggi di un prodotto, di un servizio o di un'idea e per eliminare qualsiasi barriera all'accettazione dell'offerta³”.

³ Maibach et al., *Aggiornamento del Glossario O.M.S. della Promozione della Salute: nuovi termini*, 2006

Il marketing sociale suscita un interesse crescente nel tema della salute e promozione della salute in quanto strumento utile a favorire la scelta libera e consapevole di comportamenti salutari. Un intervento di marketing sociale darà buoni risultati, per quanto riguarda la modifica di comportamenti, solo se inserito in una più ampia strategia di politiche integrate, nei vari ambiti che possono interessare la vita quotidiana (economia, lavoro, ambiente, urbanistica, istruzione, cultura, ecc.) e di utilizzo coordinato degli strumenti disponibili, in un approccio di carattere informativo-educativo, ma anche normativo, economico e tecnologico (possibilità di orientare i comportamenti con atti normativi, di incentivarli o disincentivarli utilizzando la leva economica, di facilitarne l'adozione grazie ad innovazioni tecnologiche...). Tuttavia, anche al di fuori di tali condizioni di contesto, non sempre presenti o realizzabili, anche un'azione isolata di marketing sociale può portare qualche beneficio nella sensibilizzazione dei cittadini e dei vari attori sociali su un dato tema o problema, portandolo al centro dell'attenzione dell'arena pubblica ed evidenziando la necessità di affrontarlo prioritariamente, di costruire alleanze, di far interagire sinergicamente conoscenze, capacità e competenze, di integrare appunto le politiche e di coordinare le azioni, del pubblico e dei soggetti privati, per risolverlo.

L'utilizzo del marketing sociale per favorire l'adozione di sani stili di vita si inserisce in un percorso di sperimentazione di modalità efficaci di promozione della salute. Accanto alle tradizionali attività di educazione alla salute e comunicazione sociale, si propone di consentire ai cittadini di acquisire abilità e competenze per scegliere in modo libero e consapevole cosa è bene per la propria salute, coerentemente con gli obiettivi indicati dalla Carta di Ottawa nel 1986 (essa pone al centro

dell'attenzione l'essere umano partendo da una concezione olistica della persona e della società. La Carta pone alla sua base una visione unitaria in cui come l'essere umano è un tutt'uno e non una somma di parti separate, così l'organizzazione sociale è vista alla stregua di un insieme unitario. Di conseguenza tutti devono essere messi nelle condizioni migliori per poter raggiungere il proprio pieno potenziale di salute. Questa equità si ottiene però solo grazie all'intervento fattivo di tutti i soggetti chiamati in causa: governi, sanità pubblica e privata, organizzazioni non governative e mass media. L'essere umano trascorre la propria esistenza nella famiglia, nella comunità civile e politica e nell'ambiente fisico e socioculturale. Prerequisiti per una vera salute sono: pace, istruzione, abitazione, cibo, ecosistema stabile ecc. Diversi fattori (politici, economici, culturali, ambientali) possono favorire o danneggiare la nostra salute. Essa è una risorsa indispensabile di vita quotidiana, un elemento che migliora il mondo intorno a noi. Ognuno deve imparare a prendersi cura di sé stesso e degli altri e tutto questo non riguarda solo il sistema sanitario. La Carta si fa fautrice di una teoria socio-ecologica della salute rivolta alle nazioni industrializzate, e non solo, che mira a creare le migliori condizioni possibili per un sano sviluppo dell'essere umano in tutte le condizioni (lavoro, tempo libero) e nelle varie fasi di vita.

È necessario realizzare le opportune verifiche durante tutte le fasi del piano di marketing sociale (di processo e di risultato); per misurare la loro efficienza (rapporto costi/benefici) ed efficacia (raggiungimento degli obiettivi).

Il marketing sociale suscita oggi un interesse crescente nella promozione della salute e di sani stili di vita, intervenendo sulle barriere di tipo ambientale, socioeconomico e personale

che rendono più difficoltoso mettere in atto sani stili di vita. In tale ambito si pone a fianco delle tradizionali attività di promozione della salute quali comunicazione sociale, educazione alla salute e leggi. A livello internazionale, tra i centri di eccellenza che approfondiscono tale ambito di applicazione del marketing sociale si citano i CDC (Centers for Disease Control and Prevention – e il più influente si trova Atlanta), l'Health Canada e il National Social Marketing Centre inglese. Una specifica attività di studio e raccolta di iniziative in questo campo è svolta in Italia dall'Area di ricerca “Marketing Sociale e Comunicazione per la salute” – Associazione Comunicazione Pubblica.

Il marketing sociale deve molto al marketing commerciale, pur avendo acquisito caratteristiche che lo differenziano profondamente, tuttavia, presenta numerosi principi condivisi anche con altre discipline tra cui:

- l'orientamento al target - qualunque sia il destinatario, il marketing sociale usa un approccio bottom-up. Le caratteristiche del target rappresentano la base di ogni intervento. Il marketing sociale cerca di capire cosa vogliono realmente le persone, fornendo loro un supporto nel cercare di ottenerlo
- la segmentazione del target - il marketing sociale non realizza interventi “a pioggia”, ma seleziona sottogruppi di popolazione sulla base dell'inclinazione a adottare il comportamento desiderato o della rilevanza rispetto agli obiettivi dell'organizzazione o, ancora, in funzione della propensione a considerare come valore il fatto di produrre dei benefici per la società:
- il focus sui comportamenti: il successo di un intervento di marketing sociale si misura in base al fatto che il comportamento desiderato sia stato adottato o meno, e non

semplicemente sul cambiamento rispetto alla consapevolezza, alle conoscenze, agli atteggiamenti o alle intenzioni;

- la valutazione: gli interventi vengono valutati basandosi sulla misurazione continua dei risultati (cioè il livello di modifica del comportamento del target di riferimento).

Le seguenti caratteristiche possono invece considerarsi distintive del marketing sociale:

1. la teoria dello scambio - il marketing sociale si distingue dagli altri approcci volti alla modifica dei comportamenti per il concetto di “valore di scambio” secondo cui i consumatori sceglieranno un comportamento per ricevere in cambio i benefici che ritengono più preziosi e/o per ridurre le barriere che considerano più difficili da superare;
2. la concorrenza - sul mercato esistono sempre alternative al comportamento proposto. Le strategie di marketing sociale mirano a offrire un prodotto di scambio che il target considera di maggior valore rispetto ad altre opzioni disponibili;
3. le 4 P del marketing - prodotto, prezzo, distribuzione (*place*) e promozione sono le fondamenta degli interventi di marketing sociale. Nel complesso vengono definiti marketing mix e rappresentano gli strumenti impiegati per facilitare la modifica nel comportamento desiderata. Ciò può avvenire sia riducendo le barriere che ostacolano gli individui nell'adozione del nuovo comportamento, sia aumentando i benefici percepiti del comportamento desiderato. Il prodotto è il comportamento che si intende promuovere presso il target e i relativi benefici che derivano dall'adesione a esso. In genere è associato a un prodotto tangibile o a un servizio che facilitano il cambiamento. Il prezzo è

l'insieme dei costi, economici e non, che le persone sostengono nel cambiare un comportamento. Per quanto i costi non economici siano intangibili sono tuttavia reali e concreti per i destinatari. Che si tratti della perdita di tempo o del disagio prodotto dal nuovo comportamento devono essere controbilanciati da benefici altrettanto reali e forti per motivare l'adozione di un comportamento alternativo. La promozione consente di far conoscere agli interlocutori il prodotto che si intende proporre evidenziandone i benefici, le caratteristiche e gli eventuali servizi ad esso associati per motivare le persone ad agire la distribuzione, cioè i luoghi e i canali attraverso cui si rendono fruibili i prodotti o il programma di una campagna di marketing sociale. Caratteristiche di un appropriato canale di distribuzione possono essere la vicinanza, l'accessibilità, l'interesse che suscita, la convenienza rispetto al luogo di fruizione/consumo di un prodotto o comportamento concorrente.

4. la sostenibilità - gli interventi di marketing sociale mirano a un comportamento che duri nel lungo periodo. La sostenibilità nasce dal monitoraggio continuo del programma e dalle successive modifiche sulla base dei cambiamenti che si verificano nel target e a livello ambientale.

Il marketing sociale ha come fine il miglioramento del livello generale di salute e lo fa incentivando gli individui ad adottare spontaneamente e consapevolmente comportamenti salutari. È evidente la sua funzionalità alla promozione della salute, che la Carta di Ottawa definisce proprio come *“il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”*. Tuttavia, gli interventi di marketing

sociale non sono gli unici finalizzati alla promozione della salute.

Esso in realtà si inserisce in un continuum che consta di almeno due leve: la comunicazione e l'educazione alla salute e la leva normativa. Entrambe tendono alla proposta di uno stile di vita ritenuto sano.

La necessità dell'impiego dell'una o dell'altra leva può essere dettata dall'atteggiamento dei destinatari, dal vantaggio percepito o dalla forza attrattiva dei comportamenti concorrenti a quello desiderato. In particolare, nel caso di destinatari propensi e motivati verso uno specifico comportamento o di una debole concorrenza al comportamento auspicato, può essere sufficiente una campagna di comunicazione per far percepire i vantaggi e motivare all'azione.

Nel processo di progettazione e attuazione di una iniziativa di marketing sociale è possibile schematicamente distinguere quattro fasi.

LA FASE ANALITICA

Il marketing sociale parte dalla conoscenza del contesto per proporre interventi che hanno l'obiettivo di eliminare alcune criticità identificate. Nel corso della fase analitica si procede alla raccolta delle informazioni necessarie per lo sviluppo e la realizzazione del progetto, allo studio della letteratura di riferimento, la comparazione con altre esperienze simili e l'analisi dello stato di salute della popolazione.

- Descrizione del background, dello scopo e del focus del piano di marketing.

Il primo passo da compiere è la descrizione del tema sociale su cui il piano sarà incentrato e la sintesi dei fattori che hanno condotto allo sviluppo del piano. Nella descrizione possono essere inclusi dati epidemiologici, scientifici o di qualunque

altro tipo se utili alla conoscenza del fenomeno e del contesto su cui si vuole intervenire.

È opportuno tener conto di tutte le forze presenti nel contesto, sia interno che esterno, che possono avere un impatto o una rilevanza sulle successive decisioni strategiche. Alcuni esempi sono la disponibilità di risorse, le competenze, il supporto della dirigenza, le alleanze e le partnership. È inoltre utile ricercare nella letteratura esperienze simili già realizzate per conoscere ciò che è risultato efficace e gli errori da evitare. In questa fase un ruolo di rilievo hanno gli strumenti di indagine sociodemografica.

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEI DIVERSI TIPI DI MARKETING

MARKETING COMMERCIALE	MARKETING SOCIALE
Promuove prodotti	Promuove idee
Modifica comportamenti di acquisto	Modifica opinioni e comportamenti
Concorrenza rappresentata da altre marche e prodotti	Concorrenza rappresentata da stili di vita e opinioni antagoniste
Benefici a breve termine	Benefici a medio/lungo termine
Costi monetari	Costi psicologici e fisici
Target passivo	Target attivo

	MKT commerciale	MKT sociale
SCOPO	Profitto degli azionisti	Raggiungere “bene” sociale
FINANZIAMENTO	Investimenti e vendite	Fondi pubblici, tasse, donazioni
RESPONSABILITA’	Privata	Pubblica
PERFORMANCE	Profitti e quote di mercato	Modifiche comportamentali
PRODOTTI E SERVIZI GUIDATI	Dalla domanda	Dai comportamenti
CULTURA	Commerciale; “correre il rischio”	Settore pubblico; “avversione al rischio”
RELAZIONI	Competitive	Basate sulla fiducia

LA FASE STRATEGICA

È il momento in cui vengono definiti le priorità e gli obiettivi del progetto e viene effettuata la segmentazione del target, cioè la scomposizione della popolazione generale in gruppi considerati rilevanti al fine dell’obiettivo stabilito. Nel dettaglio la fase strategica può essere scomposta in:

- selezione dei potenziali destinatari - per quanto esistano approcci di marketing indifferenziato (un’unica strategia per tutti i destinatari), la maggiore efficacia è garantita dalle iniziative costruite tenendo conto delle caratteristiche specifiche di singoli gruppi. È essenziale la considerazione delle variabili geografiche, demografiche, psicografiche e comportamentali per segmentare il target. Soltanto a questo punto è possibile

scegliere uno o più segmenti verso cui posizionare l'offerta e per i quali elaborare le strategie;

- definizione degli obiettivi - nei piani di marketing sociale il focus è sempre un cambiamento di stili di vita, che si tratti di accettarne uno nuovo o modificare o abbandonare uno vecchio.

Per motivare i destinatari ad agire e ad aderire al comportamento proposto è opportuno definire anche obiettivi di tipo cognitivo (che includono informazioni o fatti di cui si ritiene che i destinatari debbano avere consapevolezza) e relativi alle credenze (che riguardano i sentimenti e gli atteggiamenti). Idealmente tutti gli obiettivi dovrebbero rispondere alle seguenti caratteristiche (S.M.A.R.T.):

- Specific (specifici),
- Measurable (misurabili),
- Achievable (raggiungibili),
- Relevant (pertinenti),
- Time (collocati in una dimensione temporale).

È necessario identificare la concorrenza, le barriere e i fattori motivanti e occorre comprendere che cosa il target abitualmente preferisce fare (comportamenti in concorrenza rispetto a ciò che si propone), quali barriere reali o percepite impediscono al target di aderire al comportamento proposto e ciò che eventualmente lo motiverebbe ad agire.

Il posizionamento descrive come si desidera che il target veda il comportamento che gli si propone rispetto ai comportamenti in concorrenza. Consiste nel far radicare i principali benefici differenziali connessi alla propria offerta nella mente dei clienti.

LA FASE OPERATIVA

È quella in cui si elaborano i piani di intervento e in particolare, si definisce: il prodotto, il prezzo, la distribuzione (place) e la promozione.

Prodotto - si possono distinguere tre livelli di prodotto:

- il prodotto essenziale - consiste nei principali benefici che il target crede di ottenere come risultato del comportamento messo in atto e quelli che il piano di marketing mette in evidenza,
- il prodotto reale - descrive il comportamento desiderato in termini più specifici, ad esempio focalizzando l'attenzione sui benefici/vantaggi che lo differenziano dai comportamenti concorrenti,
- il prodotto ampliato - consiste in tutti gli oggetti tangibili o servizi inclusi nell'offerta (comportamento) proposta al target.

Prezzo - la definizione della strategia di prezzo deve tener conto dei principali costi che il target associa all'adesione al comportamento proposto sia in termini economici sia in termini non monetari (es. tempo, energie, fatica, costi psicologici, ecc.).

Distribuzione - si tratta principalmente di dove e quando il target aderirà al comportamento proposto o acquisterà eventuali oggetti tangibili associati ad esso oppure fruirà dei servizi collegati alla campagna. La distribuzione si riferisce inoltre ai canali distributivi e alle relative strategie di gestione.

Promozione - in questa fase si definiscono le strategie di comunicazione che assicurano che il target conosca l'offerta (prodotto, prezzo e distribuzione), creda nei benefici che vengono proposti e sia motivato ad agire.

Alle 4 P convenzionali, è opportuno aggiungere una quinta "P": i partner. Sinergie e approcci multisettoriali, che coinvolgono enti locali, scuola, terzo settore, mondo della salute, dell'ambiente, dello sport e della cultura, consumatori,

imprenditori, ecc., consentono infatti la realizzazione di attività coerenti e integrate, creando un processo ampio di partecipazione e di costruzione sociale della salute.

FASE DI VALUTAZIONE DI PROCESSO E DI ESITO

Nel percorso che contraddistingue il realizzarsi di un'iniziativa di marketing sociale, il momento di verifica è importante per stimare il rapporto tra gli obiettivi definiti e quelli effettivamente raggiunti consentendo, se necessario, di riorientare le strategie in atto. Solitamente la valutazione misura due aspetti:

- il processo (le attività della campagna),
- l'esito (il contributo della campagna al raggiungimento dell'obiettivo del piano).

Per raccogliere informazioni sul processo di una campagna può essere utile ricorrere a interviste, focus group, osservazioni etnografiche, ecc. Ma non sono gli unici strumenti: in alcuni casi può essere utile il numero di accessi a un sito web o a quello dei post in un forum, il numero di contatti di un social network ma anche a dati relativi a specifiche componenti del marketing sociale, come il prodotto.

Diverso è l'approccio alla misura degli esiti in termini di salute, sia perché questi spesso si rendono evidenti solo nel lungo periodo, sia perché possono essere la conseguenza dell'interazione di diversi fattori, alcuni dei quali indipendenti dal progetto realizzato.

“Nel marketing sociale la concorrenza non è tanto rappresentata da prodotti o soggetti, quanto dalle idee e dai comportamenti che si vogliono modificare offrendo idee e comportamenti alternativi”⁴

L'obiettivo principale di una campagna di marketing sociale è risolvere un problema di interesse collettivo attraverso il cambiamento di comportamenti individuali e/o di gruppo, prospettando sia benefici individuali di interesse collettivo (es. la salute) sia benefici sociali derivanti da comportamenti individuali (es. il risparmio energetico, la raccolta rifiuti differenziata).

Il luogo ha una grande influenza rispetto alle scelte dei destinatari di un intervento di marketing sociale: può offrire un'opportunità di azione, aumentare la convenienza in termini pratici e psicologici nello scegliere un determinato comportamento riducendone i costi reali o percepiti.

Quando si progetta una campagna di promozione della salute che utilizza i principi e le strategie del marketing sociale è bene quindi considerare il place come una componente essenziale del progetto, in grado di potenziarne l'efficacia.

Gli elementi chiave di una strategia di comunicazione sono:

- chi sono i destinatari?
- quale azione dovrebbero compiere?
- quali sono le barriere che impediscono loro di compiere l'azione suggerita?
- quali sono i benefici che derivano da tale azione?
- quali sono gli elementi (dati reali o emotivi) che supportano i benefici e danno credibilità all'offerta?

⁴ Kotler P., Roberto N., Lee N. *Social Marketing – Improving the Quality of Life*, 2002

- quali sono le occasioni più adatte per raggiungere il target? è possibile utilizzare canali già esistenti?
- quale immagine del prodotto dovrebbe trasmettere la comunicazione?

La complessità della valutazione dell'efficienza (costi/benefici) e dell'efficacia (raggiungimento del risultato) di una campagna di marketing sociale dipende dal tipo di offerta (prodotto, servizio, idea/comportamento) e dagli obiettivi (cambiamento cognitivo, di atteggiamento e comportamentale).

La promozione della salute inizia a svilupparsi già verso il XVIII secolo per ridurre le complicazioni che affliggevano i lavoratori occupati in luoghi malsani. Alessandro Seppi è stato il precursore, nell'Italia della seconda metà del secolo scorso, di un filone della medicina che coinvolse le politiche sociali e ambientali, dando il via a un processo di apertura di spazi, nell'ambito scientifico del nostro paese, per lo sviluppo dell'igiene pubblica. Da lui ha preso ulteriore sviluppo anche il concetto di farmacista come erogatore di corrette informazioni sanitarie, non più solo come venditore di prodotti. È stato un notevole passo avanti rispetto ai tempi in cui i migliori igienisti (comunicatori della salute) nell'ambiente di vita erano i parroci e i maestri, che utilizzavano il linguaggio della gente comune per diffondere la prevenzione di alcune malattie. Una pluralità di discipline, tra le quali è possibile annoverare, a titolo esemplificativo, la medicina, la sociologia, la psicologia, l'antropologia, le scienze della comunicazione, hanno in seguito approfondito differenti aspetti delle campagne di comunicazione su stili di vita sostenibili, scopo fondamentale delle quali è fornire agli individui degli strumenti per un maggior controllo sulla propria condizione, agendo sui determinanti di salute, ossia le condizioni di vita di tipo

culturale, sociale, economico e ambientale e, infine, sui comportamenti personali e sociali.

Punto focale del processo è stato la Carta di Ottawa del 1986, che ha realizzato una base giuridica per le politiche riguardanti la promozione della salute delle nazioni. Essa ha definito la salute “... *come benessere fisico, sociale e psicologico, nonché come una risorsa per la vita umana, non uno scopo di vita*”. Tale approccio sottolinea come le società fondate su principi di equità sociale e che sviluppano una percezione della propria salute come valore da difendere siano anche tra quelle che hanno maggior successo, offrendo a chi ne è parte prospettive di vita migliori. Tuttavia, le politiche della salute necessitano di mezzi per raggiungere i loro scopi, ma soprattutto di coordinamento nei differenti livelli di programmazione e operatività, per ottenere un modello organizzativo nel quale responsabilità gestionali e "di produzione" siano definite e valutabili.

In questa prospettiva il settore pubblico ha il compito di individuare le priorità e gli obiettivi di salute e si avvale di una pluralità di leve/strumenti per perseguirne il raggiungimento. Il marketing sociale è una di queste leve e sta rapidamente diventando parte integrante delle strategie di promozione della salute. Attualmente queste definizioni sono in fase di un adattamento dinamico che tiene conto delle inevitabili differenze tra le diverse collettività e tra i diversi segmenti di popolazione: un *work in progress* che forse non avrà nemmeno termine, in quanto il punto di arrivo delle discussioni teoriche è in contraddizione con il carattere perennemente evolutivo della società umana.

Il marketing sociale si configura come una disciplina a sé stante, distinta dalla comunicazione, dall'educazione, dal marketing commerciale e dalle altre scienze economiche e

sociali dalle quali attinge approcci e contributi. Inizia in particolare a prendere corpo da un articolo di Kotler e Zalman dei primi anni '70.

Nel marketing sociale, dunque, l'applicazione sistematica dei concetti del marketing e delle sue tecniche ha come fine il miglioramento del livello generale di salute attraverso quello di più individui, prestando particolare attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili: strategie attente ai soggetti deboli in termini di capitale economico, sociale e culturale che possono favorire una maggiore uguaglianza di salute tra le persone.

Nel nostro paese le discussioni sul marketing sociale convergono su due aspetti fondamentali: i necessari indirizzi dettati dalle politiche di salute, senza i quali progetti e iniziative sfiorerebbero l'aleatorio, nonché il valore dell'intersectorialità. È infatti opportuno mettere in risalto il ruolo dei partner nel corso del processo: enti locali, istituzioni, mondo della salute, dell'ambiente, dello sport, volontariato, imprenditori, associazioni di categoria, sindacati, singoli cittadini concorrono insieme, se coinvolti, alla definizione del concetto di "star bene" e al raggiungimento, anche attraverso la modifica dei comportamenti, degli obiettivi di salute prefissati. Il marketing sociale volto all'adozione di sani stili di vita intende, dunque, favorire la condivisione con i cittadini e la comunità, nel cui ambito territoriale opera l'ente pubblico promotore, di una più vasta gamma di comportamenti alternativi che garantiscano scelte più appropriate, libere e consapevoli riguardo a ciò che influisce sul proprio stato di salute (quel che viene definito *empowerment*).

Per far conoscere un prodotto commerciale e venderlo, i concetti e le tecniche del marketing vengono quindi ripresi e applicati per un bene sociale, ossia un cambiamento volontario

del comportamento tenuto dal gruppo di popolazione cui è diretto il messaggio.

Una riflessione sul posizionamento si interseca necessariamente con il percorso continuo, faticoso e sottovalutato, di costruzione del brand. Spesso il budget pubblico a disposizione per delineare le caratteristiche di fonte riconoscibile, autorevole e degna di fiducia, è assai lontano da quello introdotto dai concorrenti (si pensi alle industrie del tabacco). La situazione di partenza, soprattutto nel settore della salute, inoltre, è difficile: sono ostiche da rimuovere etichette come "malasanità" o immagini quali "fantasanità" (quella dei serial televisivi, oggetto di numerosi studi scientifici, nei quali infinite risorse diagnostiche e di cura promuovono un'aurea distorta di immortalità, contribuendo a esasperare le attese sulle possibilità della medicina). Eppure, l'utilizzo di un brand certo per la promozione di sani stili di vita è una risorsa strategica e relazionale rilevante, in particolare se si considera che, per ottenere vantaggi di salute individuali e collettivi ci si propone di modificare una pluralità di comportamenti.

Sinergie e approcci multisettoriali, che coinvolgono Enti locali, Scuola, Terzo Settore, mondo della salute, dell'ambiente, dello sport e della cultura, consumatori, imprenditori, ecc., consentono la realizzazione di attività coerenti e integrate, creando un processo ampio di partecipazione e di costruzione sociale della salute. Grazie al coinvolgimento di soggetti sociali che manifestano interesse e si riconoscono negli obiettivi di una specifica iniziativa di marketing sociale è possibile tessere una rete di alleanze che integri risorse e competenze, favorendo il raggiungimento di fasce di popolazione ampie e differenziate.

Nel percorso che contraddistingue il realizzarsi di un'iniziativa di marketing sociale, il momento di verifica è importante per

stimare il rapporto tra gli obiettivi definiti e quelli effettivamente raggiunti, consentendo un margine per eventualmente riorientare le strategie in atto. La valutazione è alla base della corretta programmazione delle attività successive, sia per fornire validità scientifica agli interventi svolti e sia per rendere conto delle risorse utilizzate.

Cito a mo' di esempio la campagna *Mentally Healthy WA Act-Belong Commit Campaign* - programma per promuovere la salute mentale tra la popolazione rurale dell'Australia occidentale che ha coinvolto molti partner e stakeholder. Il punto focale è stato l'A-B-C (*Act-Belong-Commit*, un questionario sulle attività quotidiane) per delineare come veniva percepita la propria salute mentale e aumentare la consapevolezza di quel che si può fare per conservarla. Questo influisce su consumo di alcolici e droghe, incidenti stradali, violenza domestica, decadimento fisico e suicidi.

Attraverso l'utilizzo di un modello di social marketing basato sulla comunità per costruire a salute mentale della popolazione nell'Australia occidentale, Mentally Healthy WA gestisce una serie di programmi tra cui iniziative sulla salute mentale rivolte alle scuole, il programma aborigeno (in piedi insieme), ecc.

La storia di Mentally Healthy WA è iniziata nel 2002 quando alcuni ricercatori della Curtin University sono stati incaricati da Healthway di indagare sulle percezioni delle persone sulla salute mentale e sui comportamenti che la promuovessero. Dopo una fase pilota di successo (2005-2007) in sei comunità regionali dell'Australia occidentale, la campagna è stata lanciata a livello statale nel 2008 e da allora è cresciuta sempre più forte con una diffusione in altre parti dell'Australia, dell'Europa e degli Stati Uniti.

La loro vision è quella di lavorare per la costruzione di una società che valorizzi la salute mentale e in cui tutti abbiano

l'opportunità di essere mentalmente sani creando ambienti di supporto che rafforzino la resilienza individuale e della comunità. La campagna Act-Belong-Commit mira a ridurre lo stigma nei confronti della malattia mentale incoraggiando le persone a essere più aperte verso i problemi di salute mentale e sostenere le persone a impegnarsi in attività che rafforzino il loro benessere mentale.

Il modello di partenariato utilizzato - che coinvolge oltre 270 partner tra cui scuole, comunità, organizzazioni internazionali, ecc. - sensibilizza e incoraggia la partecipazione ad attività che promuovono una buona salute mentale per tutti. Tali attività rafforzano la capacità di recupero individuale, riducono lo stigma associato alle malattie mentali e contribuiscono a costruire comunità più sane.

Nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione Emilia-Romagna, il marketing sociale è inteso come partnership tra strutture sanitarie o sociali e altri soggetti, pubblici e privati nel sostegno alla diffusione di informazioni e orientamenti utili alla salute, evidenziando l'approccio intersettoriale.

Il Piano Sanitario 2009-2011 della Regione Umbria prevede di attuare nel corso del triennio almeno una nuova campagna di educazione alimentare e di marketing sociale per incoraggiare l'adozione di stili di vita salutari e informare il pubblico sui rischi per la salute associati al sovrappeso.

Nel portale della Regione Lombardia dedicato alla promozione della salute è evidenziato che la comunicazione per la salute e il marketing sociale rappresentano due aspetti essenziali nel sostenere l'adozione di stili di vita sani e nel potenziare la capacità degli individui di prendere decisioni favorevoli alla salute.

Sicuramente non è ancora una virata decisa verso una disciplina come quella Center for Disease Control and

Prevention (CDC) di Atlanta, che ha creato il National Center for Health Marketing con la mission di proteggere e promuovere la salute favorendo il raggiungimento degli obiettivi attraverso programmi, prodotti e servizi innovativi di *health marketing* che siano incentrati sui destinatari, che siano ad alto impatto e fondati sull'evidenza scientifica. Né siamo nell'ambito del National Social Marketing Center inglese, realizzato attraverso la collaborazione tra il Department of Health e il National Consumer Council (che rappresenta i consumatori) per sviluppare una strategia nazionale di marketing sociale per la salute.

Nel sistema delle aziende sanitarie, sia pubbliche sia private, il marketing è una funzione di recente sviluppo e l'interesse per le sue potenzialità applicative è in continua evoluzione. Considerando l'esperienza italiana, è percepibile una crescita di attenzione e una sempre maggiore consapevolezza dei contributi che possono derivare da logiche e strumenti di gestione attiva e deliberata dei rapporti con l'ambiente. Ciò non significa, tuttavia, che il processo di diffusione sia privo di ostacoli. In altri settori il marketing si è sviluppato a partire dalla necessità di gestire e incrementare quelle relazioni di scambio che rappresentano il fondamento e le condizioni di sopravvivenza per le imprese. Il processo è stato quindi del tutto fisiologico e nel contesto sociosanitario le forze all'opera e i processi di diffusione che queste alimentano non sono analoghi.

Percepire l'utilità dell'approccio di marketing è un processo lento e 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 del marketing come strumento per la promozione della salute o anche per sostenere le strategie volte a contrastare la “disinformazione” e migliorare i processi decisionali dell’utente in una logica di empowerment. L’adozione di strumenti di marketing potrebbe inoltre contribuire a migliorare equità, accessibilità, efficienza e appropriatezza in tutte le aree dell’assistenza sanitaria (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione). Non si deve però sottovalutare come le spinte nei confronti delle aziende sanitarie assumano una configurazione più complessa e meno immediata di quella rappresentata dalle convenienze di mercato. Oltre alla minore valutabilità e percepibilità di benefici di natura indiretta, l’applicazione del marketing al contesto sanitario incontra infatti resistenze specifiche, connesse all’opportunità e legittimità di interventi su orientamenti, percezioni e comportamenti dei singoli individui e della collettività. Si tratta dei limiti posti, in ragione delle asimmetrie informative tipiche della sanità, a operatori pubblici e privati nell’intervenire attivamente sull’evoluzione del marketing nelle aziende sanitarie.

Per le aziende pubbliche i potenziali conflitti d’interesse sono poi accentuati dalla necessità di conservare una sostanziale neutralità nei confronti della collettività. Permangono inoltre le tradizionali debolezze delle organizzazioni sanitarie; le difficoltà di integrare, per esempio, nella progettazione ed erogazione dei servizi, le diverse prospettive specialistiche o, a livello corporate, di costruire un’identità strategica coerente e duratura. L’osservazione delle prassi ci rimanda un quadro abbastanza ampio e variegato di esperienze possibili. I contenuti attribuiti alla funzione marketing cambiano

significativamente da azienda ad azienda, evidenziando l'assenza di un profilo di adozione univoco. Per meglio ordinare e descrivere l'evoluzione in corso si possono distinguere le seguenti aree di applicazione del marketing in sanità:

- l'area del marketing per la salute che, muovendo dalla tradizionale attività di educazione sanitaria, ne trasforma l'approccio, arricchendolo e proponendosi come strumento radicalmente nuovo della prevenzione primaria;
- l'area di intervento più consolidata e diffusa in ambito sanitario, in cui le esperienze e la concettualizzazione teorica sono a uno stadio più evoluto;
- l'area di più classica applicazione del marketing, quella di prodotto, presenta le maggiori potenzialità di sviluppo, ma è anche quella in cui emergono con maggior forza gli ostacoli di ordine culturale e le difficoltà di integrazione tra le competenze e i contenuti propri delle funzioni di produzione.

Sebbene siano ipotizzabili importanti e specifici utilizzi, il successo ottenuto in settori molto diversi da quello sanitario, e soprattutto nella forma originaria della promozione e dell'orientamento alle vendite, ne limita molto le possibilità. Nell'area del marketing per l'empowerment è sufficiente osservare come tale obiettivo non possa essere ridotto alla moltiplicazione delle possibilità di consumo, stimulate da quella che alcuni autorevoli osservatori critici definiscono una vera e propria strategia della disinformazione. Gli interventi su questo terreno devono affrontare il problema non solo della condivisione dei contenuti da parte dei diversi attori rilevanti nel contesto, ma anche di come garantire un accesso più

consapevole al consumo di servizi sanitari e rendere più realistiche le attese sui benefici conseguibili.

Alcune aziende sociosanitarie particolarmente dinamiche hanno fatto del brand marketing, o anche del marketing istituzionale, uno dei principali fronti dell'innovazione manageriale. A livello corporate il marketing può infatti contribuire a integrare i diversi profili di risultato che i portatori di interesse sono in grado di apprezzare e alimentare un flusso di risorse – spesso immateriali come il consenso sull'azione – necessarie per realizzarne le finalità. Si tratta di contributi fondamentali alla realizzazione delle finalità delle aziende sanitarie, contributi che dovrebbero quindi rappresentare, e rappresentano nei fatti, rilevanti spinte alla diffusione e approfondimento delle logiche e degli strumenti di marketing. Si inizia però ad avvertire la necessità di una maggiore concettualizzazione sui temi qui affrontati, concettualizzazione che sia in grado di meglio guidare l'evoluzione della funzione nel peculiare contesto sociosanitario e superare i limiti delle attuali esperienze.

Il concetto di marketing sociale inizia a diffondersi nei primi anni Settanta e si definisce come

“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”.⁵

⁵ Kotler P., Roberto N., Lee N., *Social Marketing: Improving the Quality of Life*, Sage Pubns, 2002

L'interesse individuale si trova sempre connesso all'interesse collettivo per cui molte campagne sociali sottolineano i benefici individuali che derivano dall'adozione di un comportamento (smettere di fumare), i quali tuttavia si risolvono nella soluzione di un problema collettivo (riduzione della mortalità). È una disciplina che presenta alcune differenze sostanziali rispetto al marketing commerciale: laddove il primo promuove valori e comportamenti alternativi stimolando la consapevolezza degli individui che divengono parte attiva del processo, il secondo sostiene la vendita di beni e servizi a un consumatore sostanzialmente passivo con l'obiettivo di trarne profitto. Inoltre, i benefici derivanti da un cambiamento di stile di vita e di opinione sono misurabili sul medio - lungo periodo mentre quelli del marketing commerciale sono ottenibili immediatamente o comunque a breve termine.

I campi in cui il marketing sociale ha maggiore utilizzo sono soprattutto quelli ambientali (raccolta differenziata, energia rinnovabile), quelli delle iniziative prettamente sociali (prevenzione della violenza domestica, volontariato), quelli della salute pubblica (alcol, droghe, ecc.) ed infine quelli della prevenzione degli infortuni (morti bianche, incidenti stradali, ecc.). Le fasi di un'iniziativa di marketing sociale mirano a raccogliere le informazioni necessarie per lo sviluppo e la realizzazione di un progetto: è un procedimento di analisi che si avvale di strumenti conoscitivi e di indagine sociodemografica come il cosiddetto profilo di comunità, che offre indicazioni per la scelta degli obiettivi prioritari da perseguire e per migliorare il livello generale di salute, istruzione, ambiente, ecc. È una fase determinante per la buona riuscita o il fallimento di un'iniziativa di marketing perché la scelta delle variabili da prendere in considerazione (geografiche, demografiche e comportamentali) è utile al

momento di diversificare il genere di intervento oggetto del marketing in base alle minori o maggiori difficoltà percepite dagli individui. La fase strategica definisce gli obiettivi specifici del progetto e ne attua la segmentazione e il posizionamento. La prima consiste nello scomporre l'intera popolazione in gruppi omogenei di persone in base alle variabili considerate nella fase precedente al fine di individuare a quanti e quali gruppi rivolgere l'intervento: se c'è un'unica strategia per tutti si parla di marketing indifferenziato, se ci sono strategie differenti per i diversi gruppi si parla di marketing differenziato mentre se la strategia è rivolta ad un solo gruppo si parla di marketing concentrato. Conoscere il segmento a cui ci si rivolge è di cruciale importanza per la buona riuscita di un'iniziativa.

L'altro aspetto che contraddistingue la fase strategica è il posizionamento, cioè il tentativo di far radicare nella mente dei clienti i principali benefici differenziali connessi alla propria offerta.

Durante il processo di implementazione del piano marketing vengono effettuate rilevazioni e controlli più approfonditi: vengono valutati i cambiamenti determinati nei gruppi obiettivo a livello cognitivo, affettivo o comportamentale, i cambiamenti provocati a livello sociale (per esempio l'impatto sul numero di nascite, ecc.) e vengono analizzati infine i costi sia totali sia per unità per intervallo di tempo (qual è stato il costo per ogni fumatore per un anno di campagna in un programma contro il fumo ecc.).

La misurazione degli esiti nelle campagne per la salute risulta complessa, sia perché questi spesso si mostrano solo dopo un lungo periodo sia perché possono essere conseguenza dell'interazione di diversi fattori, talvolta anche indipendenti dal progetto realizzato: lo stato di benessere degli individui è

infatti influenzato fortemente dall'ambiente (qualità dell'aria ecc.) e dagli stili di vita (alimentazione, attività fisica ecc.) e ciò provoca un'ampia forbice di salute tra le diverse fasce di popolazione. È proprio per ridurre tale forbice che si stanno sperimentando sempre più le opportunità offerte dal marketing sociale. Poiché il suo obiettivo è quello di promuovere idee e indurre nuovi comportamenti, le difficoltà nell'agire sono molto maggiori delle difficoltà che si riscontrano nel marketing commerciale, che si limita a vendere un prodotto.

Per quanto la segmentazione del mercato consenta azioni più efficaci, l'idea di privilegiare solo alcune fasce sociali appare discriminante e in contrasto con i principi di egualitarismo ed equità: poiché le risorse disponibili sono solitamente insufficienti, si realizzano spesso programmi generici di scarso impatto e rivolti alla popolazione generale. Va anche detto che i segmenti-obiettivo sono quasi sempre formati da quei consumatori che sono più negativamente predisposti all'offerta, per esempio i fumatori incalliti nelle campagne antifumo, e dunque è particolarmente difficile convincere tali destinatari ad abbandonare un comportamento dannoso.

Nel marketing sociale è difficile definire obiettivi in forma quantitativa ed ancor più difficile risulta la scelta delle variabili da considerare per controllare i cambiamenti provocati dalle campagne. Altra grande difficoltà consiste nello stimare il contributo della campagna in riferimento agli obiettivi raggiunti: per verificare i legami causali esistenti tra le attività di marketing sociale intraprese e i suoi effetti ci vorrebbero degli studi sperimentali i quali però sono obiettivamente più costosi e complessi degli studi attuabili nel settore commerciale. Tutti questi problemi rendono sicuramente complesso il marketing sociale ma, più che ostacoli insormontabili, sono dei limiti che impongono la necessità di

un approccio creativo per individuare nuove soluzioni quali l'utilizzo della comunicazione interpersonale nelle attività di promozione. A tutto ciò va aggiunta la cronica mancanza di risorse che spinge i promotori di una campagna a realizzare programmi di breve periodo, e le difficoltà legate alla burocratizzazione delle procedure che ostacolano fortemente un orientamento al mercato che ponga attenzione ai desideri dei propri clienti.

La segmentazione e il posizionamento offrono due vantaggi principali: la scelta dei gruppi obiettivo più appropriati in relazione ai bisogni espressi e alla situazione di mercato e una definizione del prodotto e delle politiche di distribuzione e promozione specificamente adattate e differenziate in relazione ai segmenti che si vuole raggiungere. La fase operativa o marketing mix si compone di cinque elementi, identificabili come le 5 P del marketing, i quali consentono di tradurre gli obiettivi e le decisioni strategiche in specifici programmi di azione in funzione dei segmenti obiettivo prescelti.

La sfida per gli attori della salute pubblica consiste nell'individuare quali oggetti concreti possano efficacemente stimolare gli individui a tutelare la propria salute: le cinture di sicurezza per ridurre gli infortuni negli incidenti stradali, il dentifricio per l'igiene orale, il preservativo per non contrarre malattie sessualmente trasmissibili ecc.

II CAPITOLO

LA COMUNICAZIONE SOCIALE

Per definire in modo appropriato il concetto di comunicazione sociale è necessario innanzitutto distinguere tra due polarità proprie dell'intero sistema globale della comunicazione: da una parte la comunicazione di mercato, volta alla vendita di un prodotto col fine di trarne profitto, dall'altra quella pubblica, che è dedicata al patrimonio comune e alla pubblica utilità e che include appunto la comunicazione sociale.

È molto importante distinguere i soggetti che promuovono campagne sociali, poiché la diversa natura di essi determina il grado di libertà con cui vengono decisi i temi da trattare e il linguaggio da usare nella trattazione.

Le attività dei soggetti pubblici, come avviene per il welfare state, sono in sostanza qualificate dal loro essere doverose mentre le attività di comunicazione sociale nascono spontaneamente e volontariamente dalla relazionalità diffusa della società con obiettivi solidaristici e senza interessi privati.

La comunicazione di pubblica utilità, ovvero la comunicazione sociale, la quale riguarda temi e questioni di interesse generale il cui obiettivo prioritario è quello di sensibilizzare o di educare determinati pubblici di riferimento o l'intera popolazione. È un tipo di comunicazione che promuove (nuovi) diritti e pratiche sociali per l'affermazione di una società più giusta e solidale ed è volta alla ricerca e alla creazione di condivisione intorno a valori, immagini e azioni accomunati dalla proposta di una

società più equa e coesa. Negli ultimi decenni si sono distinte due principali modalità di conduzione di campagne di comunicazione sociale: la prima è quella utilizzata dalla comunicazione istituzionale, la quale si rivolge ai cittadini in tono prescrittivo più che persuasivo e con contenuti edulcorati ed esortativi mentre la seconda è quella propria della comunicazione pubblicitaria e del marketing che punta a colpire l'attenzione e scuotere la coscienza del destinatario anche eventualmente usando toni cupi e minacciosi.

Dal punto di vista della pratica comunicativa si segnalano due possibili modelli di operatività:

a) il modello campagna, cioè la costruzione di grandi o piccoli interventi circoscritti nel tempo e messi in atto attraverso i sistemi di comunicazione di massa (spot radio, tv, materiale promozionale, ecc.),

b) il modello narrazione, cioè le attività di comunicazione puntuali e diffuse come gli interventi nelle scuole e i banchetti informativi: sono azioni di sensibilizzazione e informazione adottate prevalentemente dalle associazioni di volontariato e di terzo settore diffuse sul territorio.

Gli interventi in entrambi i modelli sono caratterizzati non solo da budget e costi modesti ma contrassegnati anche dalla forte componente narrativa, da ambiti relazionali e modalità esperienziali. Si tratta delle pratiche di sensibilizzazione o intervento compiute dall'attivazione delle persone più o meno direttamente implicate nel tema o problema sociale, spesso attraverso le associazioni di volontariato o promozione sociale: l'obiettivo è quello di permettere lo scambio di esperienze e la formazione di valori modificando e accentuando la capacità di circolazione delle informazioni nel tessuto sociale. Sono attività comunicative condotte raramente attraverso i mass media e perlopiù attraverso la conoscenza diretta del tema e dei

problemi correlati, oltre che attraverso pratiche personali di azione comunicativa. Tuttavia, l'accordarsi su problemi sui quali si riscontra già un'ampia convergenza riduce l'efficacia e la portata degli interventi comunicativi e può condurre al restringimento della comunicazione di utilità sociale ad un elenco di buoni propositi e consigli di buon senso indirizzati a tutta la cittadinanza. Le difficoltà nella scelta del tema sociale non finiscono però qui, perché il primo passo nella trasformazione di un fenomeno più o meno diffuso in problema pubblico, di una questione rilevante su cui discutere e intervenire è quello di nominarlo: la descrizione che si fa di un accadimento, oltre ad imporre l'attenzione rispetto ad altre questioni, sceglie una tra le molteplici spiegazioni possibili e progressivamente influenza prima la rappresentazione dei fenomeni da parte dei mezzi di comunicazione di massa e le scelte politico amministrative delle istituzioni, poi il tipo di campagne sociali da realizzare.

L'attenzione pubblica è una risorsa scarsa e il sistema politico-mediale può concentrarsi su poche questioni e per un periodo limitato di tempo, la competizione tra problemi e interpretazioni sociali avviene attraverso il confronto di più scale di priorità: una questione può prevalere se rispecchia criteri di notiziabilità (semplicità, elemento drammatico, ecc.) che permettono ai media di riprenderla oppure se trova un insieme di realtà organizzate e testimonial di prestigio che sono in grado di sostenerlo oppure ancora perché il problema si affaccia alla sfera pubblica in un momento favorevole in cui l'agenda non è dominata da tematiche più urgenti.

Alla complessità di scelta dei temi si affianca la complessità di proporre soluzioni efficaci e innovative di fronte ai problemi sociali posti. La soluzione proposta si incastona di solito non solo nello stesso orientamento culturale e valoriale ma nella

stessa configurazione sistemica da cui scaturisce la situazione che si vuole modificare o risolvere, col rischio di costruire quella che P. Watzlawick chiamava ipersoluzione, cioè una soluzione che proprio perché non considera il contesto in cui opera rischia di aggravare la situazione invece che risolverla: dunque la soluzione ad un problema spesso non deve essere cercata all'interno di tale sistema, bensì fuori da esso superando in modo riflessivo i limiti del senso comune.

Dunque, si può dire che ogni comunicazione introdotta nella cosiddetta sfera pubblica mediatizzata non è mai isolata da un contesto, anzi si aggiunge ad un processo comunicativo già in atto affollato di connotazioni, premesse, pregiudizi e aspettative consolidate nel tempo.

La comunicazione sociale della pubblica amministrazione distingue due forme di comunicazione sociale promosse dallo Stato: la prima è costituita da iniziative realizzate mediante strutture interne alla pubblica amministrazione o mediante il contributo a titolo gratuito di agenzie di pubblicità, mentre la seconda è costituita dalle grandi campagne sociali condotte soprattutto dal Ministero per gli Affari Sociali e dal Ministero della Salute.

Tra molti operatori socio sanitari (medici, educatori professionali, assistenti sociali, psicologi, ecc.) permane una netta distinzione tra fare e comunicare, associata talvolta ad una generalizzata diffidenza verso il mondo della comunicazione come se ci fosse una sorta di pudore a comparire, come se il lavoro sociosanitario dovesse essere oscuro, non clamoroso, altrimenti ci si sporca; così la comunicazione viene spesso rifiutata per il suo costituirsi come strumento di diffusione di massa, come tecnica separata dall'agire, tanto più nell'accezione di comunicazione come azione finalizzata ad ottenere visibilità, cioè come semplice

espressione di esigenze di marketing. Col passare dei decenni, però, da un tipo di comunicazione sociale ancora disarticolata ed episodica spesso fondata sulle relazioni interpersonali, si è giunti, attraverso una progressiva differenziazione e specializzazione, ad ampliare le forme di produzione comunicativa fino ad un'integrazione delle stesse in un unico mix. La comunicazione sta avviandosi, se pur lentamente, a diventare una componente strutturale del lavoro sociosanitario, che la vive non solo come uno strumento di autopromozione ma anche come una potenzialità imprescindibile per fare cultura della solidarietà e come strumento di partecipazione e inclusione sociale.

Ma la comunicazione rimane anche una scelta, dettata dalla consapevolezza del proprio ruolo sociale e dalla volontà di conferire forza e peso alla propria presenza, col rischio che l'esigenza espressiva, privata di qualsiasi valenza strutturale, porti ad essere di nuovo sostituita dall'urgenza del fare.

Dunque, sembra assodato che per comunicare bene siano indispensabili denaro ed organizzazione, ma queste sono condizioni necessarie e non sufficienti poiché per comunicare servono soprattutto idee, passione e capacità di costruire relazioni: senza il legame diretto *face to face* con il territorio d'intervento la comunicazione rischia di ridursi a fredda professionalità, limitandosi a una comunicazione propagandistica. Per tutti questi motivi permane ancora una forte differenziazione tra il fare e il comunicare e sopravvive l'immagine della comunicazione come sfera distinta e come attività da delegare ad apposite strutture e professionalità. Fatica dunque ad accreditarsi in modo completo e definitivo l'immagine della comunicazione come pratica quotidiana più che come professionalità tecnica, nonostante l'avvento del web che permetterebbe l'allentamento delle necessità burocratiche e

l'abbassamento dei costi ma che continua ad essere visto come un'attività che richiede un particolare know-how che solo le grandi organizzazioni possono possedere.

Scopo della strategia di comunicazione è quello di consentire continuità e coerenza a lungo termine alle varie iniziative di comunicazione, fornendo le linee guida per lo sviluppo dei messaggi (scelta dei concetti e realizzazione creativa) e la loro diffusione (scelta di mezzi, tempi e luoghi di diffusione). Oltre all'uso di materiale cartaceo e di pubblicità, si sta sempre più affermando l'utilizzo del web che consente una maggiore interazione con i destinatari delle iniziative e permette di condividere con sempre maggior efficacia contenuti e significati. I mass media, invece, sono particolarmente utili per creare e diffondere in breve tempo consapevolezza e conoscenza: consentono anche di fornire informazioni più dettagliate e di stimolare più efficacemente il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti.

Le decisioni in merito alla quantità e al tipo di canali da utilizzare dipendono dalle risorse disponibili, dal tipo di offerta (prodotti, servizi o idee) e dalle caratteristiche dei gruppi obiettivo. La fase di verifica è importante per stimare il rapporto tra gli obiettivi posti e quelli effettivamente raggiunti e per eventualmente riorientare le strategie in atto.

La comunicazione, poiché affronta tematiche riguardanti il benessere collettivo, è a tutti gli effetti comunicazione sociale: essa può avere come obiettivi sia la sensibilizzazione del pubblico su un determinato problema per garantire a tutti una conoscenza di base sui temi di salute, sia la promozione di sani stili di vita per favorire l'abbandono di comportamenti non salutari e l'accettazione da parte degli individui di un diverso sistema di valori e di credenze. È indubbiamente più facile raggiungere gli obiettivi di tipo informativo rispetto a questi

ultimi, i quali, intendendo modificare opinioni e comportamenti ben radicati nelle persone, implicano un coinvolgimento più profondo dei destinatari. La comunicazione dovrebbe fornire informazioni pertinenti, precise, accessibili e comprensibili con lo scopo di promuovere la salute del pubblico di riferimento. Essa attinge da numerose discipline, quali l'epidemiologia, le relazioni pubbliche, il giornalismo, il marketing sociale e la comunicazione di massa, ed abbraccia generalmente una prospettiva "ecologica" della sanità pubblica secondo la quale la salute è profondamente influenzata da fattori sociali, ambientali e comportamentali. Se ben concepiti i programmi di comunicazione per la salute pubblica, sia tramite messaggi di gruppo sia tramite messaggi personalizzati a livello individuale, sono capaci di suscitare il cambiamento nell'agire tramite la sensibilizzazione, l'aumento delle conoscenze e il cambiamento dei comportamenti.

*“Comunicare la salute vuol dire far circolare, all'interno della comunità, informazioni sui problemi di salute socialmente rilevanti e attivare flussi di comunicazione tra i cittadini, le istituzioni pubbliche e il sistema dei media”*⁶

Gli attori della comunicazione per la salute sono dunque gli stessi della comunicazione di pubblica utilità, cioè istituzioni, media, organizzazioni non profit e terzo settore in generale, cui si aggiungono le attività svolte dagli enti locali e dalle aziende sanitarie. Per tutti questi attori è indispensabile sia attivare reti di alleanze tra i diversi settori della società al fine di veicolare

⁶ Ferro E. e Tosco E., *Stili e strategie per comunicare la salute*, in “Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia” di E. Cucco, R. Pagani, M Pasquali, A. Soggia, 2011, Carocci Editore, Roma

messaggi coerenti sia inserire i messaggi di salute all'interno di un piano che preveda la realizzazione di molteplici attività integrate. Un buon intervento di comunicazione per la salute dovrebbe infatti affiancare alla campagna altri elementi quali la continuità, la collaborazione di più soggetti e soprattutto l'utilizzo di diversi strumenti e canali: dall'attività legislativa alla discussione mediatica, dalle azioni sul territorio al coinvolgimento delle famiglie e delle principali agenzie educative, dal passaparola all'uso professionale di tutti i mezzi di comunicazione opportunamente coordinati. Solitamente si parla di comunicazione integrata cioè di una comunicazione che preveda, partendo da medesimi obiettivi, un coordinamento tra diversi strumenti e attività di comunicazione: rapporti con gli organi ufficiali di stampa e di informazione, partecipazioni e patrocinio a eventi, manifestazioni e mostre, promozione, pubblicità del servizio e delle modalità di accesso, ecc. In un periodo come questo, in cui attraverso molteplici canali gli individui sono raggiunti da informazioni molto diverse tra loro e in cui le campagne di comunicazione commerciale esercitano un'influenza molto forte sui comportamenti orientando le persone, talvolta, verso abitudini dannose per la salute, i messaggi di salute devono per forza di cose attenersi a precise regole pubblicitarie, poiché la loro efficacia risulta spesso essere direttamente proporzionale alla loro qualità espressiva. Altra cosa dalla comunicazione della salute è invece la comunicazione in ambito sociosanitario che indica sia l'attività di comunicazione delle aziende sociosanitarie verso la collettività, incentrata principalmente sui servizi, sulle prestazioni e sulla comunicazione di crisi e di emergenza, sia la comunicazione i cui ambiti d'intervento sono i cosiddetti determinanti di salute, cioè i fattori che influiscono sulla salute e che possono essere distinti in fattori ambientali, sociali ed

economici i quali incidono sugli stili di vita (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica, ecc.).

La comunicazione in ambito sociosanitario fa parte di quelle aree “trasversali” della comunicazione pubblica che assumono un ruolo centrale e strategico nelle relazioni fra Stato e cittadino: tale centralità è nata non solo in virtù dell’obbligo delle amministrazioni pubbliche di informare i cittadini ma, soprattutto, per la dimensione più articolata e complessa che termini come “salute” e “cura” hanno assunto nella società contemporanea. E’ una comunicazione che si sviluppa in una serie di spazi mediali estremamente eterogenei per contenuti e modalità espressive: dalla cartellonistica, impiegata soprattutto per le grandi campagne sanitarie, ai programmi televisivi in cui si parla di medicina o alimentazione, ai supplementi settimanali ormai offerti da quasi tutti i quotidiani fino ad arrivare al sempre più crescente apporto dei nuovi media e di Internet, che hanno messo a disposizione delle amministrazioni nuovi strumenti per una strategia comunicativa efficace. Questa varietà di pratiche comunicative si inserisce in un quadro più generale di trasformazione delle rappresentazioni sociali della salute: infatti non è più solo l’amministrazione statale ad attuare interventi comunicativi tesi a migliorare il comportamento nella sfera della salute di una popolazione, poiché si moltiplicano gli operatori coinvolti, con numerose associazioni sorte per la prevenzione e la lotta nei confronti di molte malattie per le quali l’opera di sensibilizzazione risulta uno strumento fondamentale di promozione della propria visibilità. Si può comunque dire che nel sistema sociosanitario la comunicazione e l’informazione sono parte integrante del processo di erogazione delle prestazioni non solo per quanto riguarda le istituzioni impegnate nella promozione della cultura della salute ma anche per quanto riguarda il personale dei

servizi sanitari, che impiega gran parte del proprio tempo nella comunicazione verbale coi pazienti. In passato le informazioni sanitarie rivolte alla comunità venivano fornite attraverso tradizionali campagne di informazione top-down, cioè campagne unidirezionali e condotte dall'alto verso il basso: le prime campagne informative erano infatti basate sull'idea di una stretta e chiara relazione tra la comunicazione e il conseguente cambiamento di un comportamento che non teneva però conto di come tale modello possa essere efficace solo nei confronti dei gruppi sociali più evoluti dal punto di vista socio-economico, background culturale, ecc. In questo modo permaneva il rischio di rafforzare le disuguaglianze piuttosto che eliminarle.

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

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 stesso. La comunicazione va dunque intesa come strumento volto a ricercare una modifica nel comportamento e/o nell'atteggiamento 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 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.

Lo psicologo e filosofo Watzlawick, 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 lo studioso la comunicazione consiste in qualsiasi evento, oggetto, comportamento, che modifichi il valore di probabilità del comportamento futuro di un organismo.

A McLuhan, studioso della comunicazione, si devono varie intuizioni sulla comunicazione; tra le più conosciute si cita *“per quanto riguarda le sue conseguenze pratiche, il medium è il messaggio”*.

Una definizione di atteggiamento comunemente accettata è quella dello psicologo sociale Allport, 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.

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 interazioni.

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 attori valutano il valore di ciò che fa l'azienda rispetto ai concorrenti. 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. La comunicazione istituzionale ha un obiettivo più ampio e spesso più indefinito rispetto alla comunicazione di marketing. Alla prima 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 per dirla con le parole di Francesca Golfetto (docente presso l'Università Bocconi di Milano e esperta di analisi competitiva e strategia di mercato, marketing strategico, business-to-business marketing e comunicazione di marketing) *“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. 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 socioeconomico. 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.

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 sociosanitario – 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.

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 disuguaglianze tra chi ha 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. In una serie di occasioni, a partire dalla conferenza di Alma Ata, 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. 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 marketing.

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 del sistema sociosanitario. Seppure con le peculiarità e le complessità riferibili al contesto 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 sociosanitarie 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:

- ✓ l'area della comunicazione per la salute che, muovendo dalla tradizionale attività di educazione sanitaria ne trasforma l'approccio arricchendolo. Nella Carta di Ottawa del 1986 si affermava che

“...le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla (patto sociale) realizzazione dell'assistenza sanitaria della quale hanno bisogno”.

Per quanto riguarda 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 sociosanitaria 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 sociosanitaria 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

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. 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 sociosanitaria. 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. Secondo Elio Borgonovi (Distinguished Professor SDA – Bocconi) 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 genere. 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 mira 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.

Di seguito vengono citati alcuni esempi di comunicazione istituzionale:

- 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;

- 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.

Per ulteriori e maggiori approfondimenti si rimanda ai siti istituzionali delle aziende sociosanitarie sopracitate.

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 citate si può rilevare 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.

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 i forti utilizzatori dagli obiettivi della campagna, mentre i segmenti più giovani vennero considerati target prioritario.

III CAPITOLO

IL LINGUAGGIO: TRA INCLUSIONE E DIVERSITA'

Il desiderio di comunicazioni più inclusive, nelle quali la diversità non venga rappresentata come un ostacolo e non venga nascosta, è sempre più insistente ed è strettamente legata al concetto di trasparenza e autenticità che oggi i cittadini chiedono alla pubblica amministrazione, ed in particolare a tutto il sistema sociosanitario.

L'impegno sulla diversità e sull'inclusione aumenta fedeltà al "marchio", alimenta il passaparola positivo e migliora la crescita aziendale.

Se l'inclusione è un percorso culturale, le aziende sociosanitarie hanno una responsabilità sociale in questo ambito, mentre dall'altro lato diversità e inclusione consentono di far convivere etica e governo economico-finanziario, diminuendo le discriminazioni e contemporaneamente generando valore per le aziende.

Esprimere e celebrare la *diversity* significa seguire l'indispensabile trend di rivolgersi in modo sempre più personalizzato alle persone, con un messaggio che non è più indifferenziato per rivolgersi ad un target di massa, ma specifico e tarato sull'audience. I brand insomma non possono più utilizzare una comunicazione indifferenziata nella pubblicità, ma devono diversificare anche i loro contenuti.

E ci sono grandi brand che in questo approccio stanno segnando una strada maestra, mostrando la *diversity* nelle sue varie declinazioni e legandola profondamente ai valori del marchio.

Qui di seguito alcuni esempi di aziende tout court che hanno fatto da modello, consapevolmente o inconsapevolmente, per il sistema sociosanitario che pur con un notevole ritardo ha iniziato a modificare il proprio approccio.

Differenze generazionali – Apple: *The song*

Era il 2014 quando Apple traduceva un altro topic della *diversity*, la differenza tra generazioni, in un toccante spot da guardare e riguardare ancora oggi.

Nel più classico degli adv, quello per le festività di Natale, Apple ha dimostrato di poter comunicare un messaggio importante in modo meravigliosamente sobrio, grazie ad un video.

Una giovane ragazza crea un regalo per sua nonna, utilizzando la tecnologia Apple per trasformare una vecchia canzone, “*Our Love Is Here to Stay*”, in un duetto. Mentre sua nonna ascolta la canzone sul tavolo della colazione su un iPad Mini, osserva le vecchie fotografie che ha raccolto sua nipote. Difficile non sentire una lacrimuccia scendere sulle guance.

Anche qui il punto è centrato: la tecnologia può avvicinare le generazioni, facendo entrare l’una nel mondo dell’altra, e parlando contemporaneamente del brand e del prodotto, anche se questo rimane in qualche modo sullo sfondo.

Disabilità – Coca-Cola e le Special Olympics

3.000 atleti provenienti da tutta Italia sono stati impegnati a gareggiare in 19 discipline sportive tra atletica leggera, badminton, bowling, calcio a 5, canottaggio, ginnastica artistica e così via, durante gli Special Olympics Summer Games (iniziativa ideata da Eunice Kennedy, sorella dello

storico presidente americano) con l'obiettivo di promuovere l'inclusione sociale tra persone con e senza disabilità intellettive.

Da 20 anni anche in Italia Coca-Cola contribuisce al progetto per promuovere i valori dell'onestà, dell'inclusione, dell'uguaglianza e del rispetto, puntando su un fondamentale messaggio: la possibilità, per tutti, di raggiungere grandi obiettivi.

3. Etnia – LEGO e le minifigure di tanti colori

Sotto la spinta di tante associazioni per i diritti delle minoranze e del suo pubblico di piccoli clienti, LEGO ha nel tempo introdotto anche una serie di personaggi dalla pelle più scura e più chiara, oltre il classico giallo LEGO.

Non una vera e propria campagna, ma un cambiamento nella produzione di mattoncini e Duplo (la serie dedicata ai più piccoli), per far sentire tutti i bambini uguali in una delle attività più impegnative e formative della loro infanzia: le costruzioni.

E proprio per costruire un mondo più inclusivo e uguale per tutti, anche a livello religioso, LEGO ha aggiunto in particolare personaggi specifici, tratti da importanti produzioni cinematografiche, ad esempio, rilasciando quindi occasionalmente anche nuovi personaggi dalla pelle più scura. Per i Duplo, in particolare, LEGO ha creato anche un set multiculturale, per permettere alle famiglie di acquistare le minifigure che rispecchiano maggiormente il proprio patrimonio etnico.

Genere – Mattel/Barbie: *Dads who play Barbie*

Se abbiamo sempre associato Barbie ad uno stereotipo di bellezza senza cervello, proprio la bambola più famosa del mondo si è trasformata negli ultimi anni in un brand innovativo nella comunicazione di genere: un nuovo modello positivo per

le bambine a livello globale, capace di esprimere la diversità prima con il lancio, nel 2016, delle nuove Barbie multietniche, più basse o più formose e poi con una indimenticabile campagna che mette al centro i papà e l'importanza del loro ruolo nella crescita delle figlie. I padri che giocano con le loro figlie all'astronauta, al medico o all'insegnante di yoga, trasmettono alle bambine la sensazione che nella vita possano diventare tutto quello che sognano.

Orientamento sessuale – IKEA: *Siamo aperti a tutte le famiglie*

Con questo copy IKEA ha pubblicizzato qualche anno fa l'apertura del nuovo negozio di Catania.

Una immagine semplice, due uomini che si tengono per mano, mentre uno dei due tiene la classica sacca pieno di prodotti Ikea.

Semplice, immediato e senza giri di parole, l'adv dell'azienda produttrice di mobili esprime l'importante concetto dell'inclusione, accostandolo ad un altro dei simboli del brand, la famosa carta arancione, l'IKEA Family, pensata appunto per le famiglie. Per tutte le famiglie.

Religione - Coca-Cola e il Ramadan

Un video commovente, dedicato ai musulmani di tutto il mondo che osservano il Ramadan, la pratica islamica del digiuno. Se Coca-Cola richiama immediatamente nella nostra mente l'idea del Natale, delle cene in famiglia e la famosa storia del vestito rosso di Santa Claus, il brand è riuscito a dare un significato altrettanto pieno e profondo ad un'altra festività - forse la più conosciuta a livello mondiale per l'Islam - che non era ancora stata utilizzata in modo così calzante da parte degli advertiser. Una sorta di eccezione nel marketing occidentale, che ci aiuta oggi a dialogare intorno ai tanti stereotipi. Nello spot una giovane donna musulmana deve resistere alle ultime

ore di digiuno prima del tramonto, ma contemporaneamente deve lottare contro gli ostacoli di una vita quotidiana ancora piena di pregiudizi. Quando al calar del sole arriva il momento dell'Iftar, il pasto serale del Ramadan, una passante in tuta da corsa la nota e decide di offrirle una bottiglia di Coca-Cola. La giovane musulmana inizialmente non accetta ma l'altra ragazza capisce la situazione e decide di attendere con lei il tramonto per condividere e bere insieme.

Il claim "*Quello che ci unisce è più grande di quello che ci divide*", è iconico e rappresentativo tanto quanto la mitica bottiglia in vetro.

Quasi 3 italiani su 4 preferiscono acquistare prodotti di aziende che attuano politiche di *diversity & inclusion*. Secondo le ultime ricerche se un'azienda è attenta alla valorizzazione delle diversità (di età, genere, disabilità, nazionalità ed etnia) non solo aumenta il valore della propria immagine ma anche i propri profitti.

Una ricerca condotta da Focus Management in collaborazione con l'associazione Diversity ha messo in luce come il 51% dei consumatori scelga con convinzione brand inclusivi e un ulteriore 23% nel percorso di scelta preferisca brand che investono sulla D&I: complessivamente parliamo di 3 italiani su 4.

I numeri parlano chiaro: se si confrontano due aziende simili tra loro, una che investe sulla D&I e l'altra che non lo fa, il gap tra la crescita dei ricavi delle due aziende può superare il 20% (era il 16,7% nel 2018) a favore dell'azienda più inclusiva, che può godere anche di una migliore reputazione aziendale.

Oggi lavorare sulla D&I significa agire su più livelli: legislativo, culturale, educativo, imprenditoriale e finanziario. La politica viene esortata a fare di più e il suo stesso organo sovranazionale per antonomasia, l'ONU (Organizzazione delle

Nazioni Unite), dichiara per la sua Agenda 2030 di voler *“potenziare e promuovere l’inclusione sociale, economica e politica di tutti, a prescindere da età, sesso, disabilità, etnia, origine, religione, stato economico o altro”*.

Diverse fonti e studi indicano che la composizione dell’organico di un servizio sociosanitario può rappresentare un vantaggio nel rispondere più efficacemente alle sfide portate dalla domanda di salute. Inoltre, le ricerche mostrano come le aziende sociosanitarie che affrontano il tema della diversità e dell’inclusione in maniera sistemica e strategica arrivino a produrre ed erogare prodotti-servizi-prestazioni migliori, creino organizzazioni più efficaci ed efficienti e contribuiscano a ridurre notevolmente i costi. L’implementazione di politiche di inclusione di personale con caratteristiche diverse è ormai non più procrastinabile in una società che sempre di più sta diventando globalizzata.

La sfida per i servizi sociosanitari è a due livelli: uno politico-strategico, che fa capo alla posizione e all’impegno sul tema diversità e inclusione dei vertici delle organizzazioni e uno di micromanagement che metta al centro le persone, facilitando da un lato l’espressione delle loro capacità e competenze al fine di impattare positivamente sull’organizzazione, dall’altro di gestirne i bisogni in maniera inclusiva durante tutto il loro ciclo di vita, aziendale e personale.

Oggi parlare di diversità e inclusione significa focalizzarsi sull’engagement senza creare barriere basate sulle differenze di genere, età, nazionalità, identità sessuale, religione, abilità fisiche, background socioeconomico, formazione professionale, solo per fare alcuni esempi. Occuparsi di diversità e inclusione è un elemento imprescindibile per l’erogazione di servizi sempre più efficaci ed efficienti

Promuovere la consapevolezza sul tema della diversità e dell'inclusione significa anche facilitare un cambiamento sociale. Viviamo in un mondo complesso e interconnesso in cui la diversità, plasmata dalla globalizzazione e dal progresso tecnologico, costituisce il tessuto della società moderna e i luoghi di lavoro tendono a rispecchiare le dinamiche socioculturali in gioco nella nostra vita. La diversità sul posto di lavoro è una risorsa sia per le organizzazioni, che per i singoli servizi, che per i loro dipendenti e per gli stakeholders, perché promuove l'innovazione, la creatività e l'empatia più efficacemente di quanto non facciano ambienti di lavoro più omogenei dove il conformismo e l'omologazione siano un rischio concreto.

Le aziende sociosanitarie pubbliche e private (e queste ultime hanno colto la sfida già da qualche anno) stanno scoprendo che, sostenendo e promuovendo un ambiente di lavoro diversificato e inclusivo, stanno promuovendo effettivi benefici nell'ambito della salute sia dei dipendenti che di coloro che usufruiscono dei servizi. Esiste un legame profondo tra la diversità e i numerosi vantaggi che apporta ad un'organizzazione: maggiore creatività, governance più forte e migliori capacità di problem solving.

I dipendenti con background diversi portano con sé le proprie prospettive, idee ed esperienze, contribuendo a creare organizzazioni resilienti ed efficaci, che superano le organizzazioni che non investono nella diversità.

Più che mai flessibilità e versatilità stanno diventando la chiave del successo per individui, aziende e Paesi e un ambiente culturalmente diversificato è il modo migliore per acquisire queste qualità.

I "millennial" saranno responsabili delle decisioni importanti che influiscono sulle culture del posto di lavoro e sulla vita

delle persone. Questa generazione ha una prospettiva molto originale sulla diversità: mentre le generazioni più anziane tendono a vedere la diversità attraverso le lenti della razza, della demografia, dell'uguaglianza e della rappresentazione, i millennial vedono la diversità come una fusione di esperienze, background diversi e prospettive individuali. Negli ultimi anni le organizzazioni del lavoro - e in particolare i servizi sociosanitari - dedicano sempre più risorse ad iniziative relative ad azioni/programmi sulla diversità e l'inclusione (*diversity* e *inclusion*). Si tratta di interventi motivati da spinte etiche o sociali e non solo economiche.

Attenzione però, perché in alcuni casi potrebbe trattarsi di *window dressing* o *pink washing*, ovvero una spolverata di parole giuste e dichiarazioni forti per dare un'immagine positiva del servizio, senza portare un cambiamento a livello sostanziale e concreto.

In qualche altro, invece, gli intenti sono più seri e lo spettro delle iniziative intraprese è molto vario: dalla realizzazione di indagini ad hoc alla definizione di piani di intervento, alle attività di sensibilizzazione, alla formazione, alla sperimentazione di interventi volti a trasformare i contesti di lavoro in ambienti inclusivi.

In tutti i casi, però, non sempre gli sforzi vanno nella giusta direzione e la sensazione di esclusione, se non proprio di discriminazione, di chi non appartiene ai gruppi maggioritari rimane un elemento forte all'interno dei contesti lavorativi.

Se qualche anno fa si parlava di *diversity* – la gestione delle differenze nei contesti di lavoro – oggi si parla sempre di più di *diversity* e *inclusion*, dello sviluppo di un ambiente organizzativo e di un *mindset* (un atteggiamento individuale e collettivo) inclusivo, spostando il focus dalla segmentazione delle differenze allo sviluppo di un atteggiamento collettivo e

di un ambiente organizzativo che consenta l'espressione di tali differenze, il dialogo e il confronto.

Sempre più quando si parla di *diversity* e *inclusion* si parla di *unconscious bias*, di pregiudizi e stereotipi inconsci, di come questi appartengano a ciascuno di noi perché sono parte integrante del nostro processo di apprendimento e di quanto sia importante imparare a riconoscere i propri e a gestirli.

Molte ricerche dimostrano come i team ad alto tasso di *informational diversity* siano più creativi e capaci di trovare soluzioni innovative. È anche innegabile che il contesto esterno alle organizzazioni e ai servizi cominci a lanciare segnali contraddittori con un'alternanza tra grandi spinte alla difesa dei diritti e all'innovazione nell'adozione di modelli inclusivi e clamorosi passi indietro verso il conservatorismo più retrogrado e chiuso. È come se in un mondo a sempre più alto tasso di complessità prevalesse, quasi per contrappasso, la ricerca di chiavi di lettura semplici e immediate.

Si tratta di introdurre approcci più articolati che non temano di confrontarsi con la complessità e il cambiamento, a partire dalle differenze di modelli mentali, di riferimenti culturali, di accesso e gestione delle informazioni, di linguaggio per meglio comprendere le differenze che devono trovare spazio per potersi esprimere. Questi approcci non possono essere improvvisati sulla base della sola sensibilità individuale: occorre acquisire competenze specifiche che possono essere mutate dalle esperienze pluriennali nel campo della promozione delle pari opportunità di genere, far tesoro delle esperienze - e anche dei fallimenti - che si sono susseguiti in questi anni. Occorre acquisire dimestichezza con strumenti di analisi dei bisogni, pianificazione e valutazione degli interventi che si vogliono attivare, attraverso momenti di confronto e una formazione adeguata.

I percorsi di formazione universitari per infermieri, riabilitatori, educatori professionali, ecc. hanno iniziato già da qualche tempo ad interrogarsi su questo tema. Le organizzazioni e i servizi sociosanitari che si sono attivati da questo punto di vista lo hanno fatto ciascuna a modo suo, non ci sono regole uguali per tutti: alcune si occupano di certi argomenti solo per migliorare la propria immagine, altre si autoregolamentano prevedendo delle quote di genere o di etnia o di altro (per esempio le quote rosa); altre creano una cultura aziendale basata sulla conoscenza, sulla tolleranza e sulla promozione della diversità.

In Europa le policy di inclusione e *diversity* sono state portate avanti grazie a uno sforzo congiunto dei settori aziendali più ampi e avanzati, ma anche dai settori politico/istituzionali di diversi Stati membri e soprattutto dell'Unione Europea. All'interno di questo contesto e di questo scenario di riflessione sono nate le Carte della Diversità.

Dal 2004, anno in cui prende il via l'esperienza pionieristica francese, ad oggi le Carte si sono diffuse tra gli stati europei con l'obiettivo di incoraggiare aziende private ed enti pubblici a implementare e sviluppare politiche di *diversity* (in primis rivolte al management).

Le Carte della Diversità sono brevi documenti firmati su base volontaria dagli enti che vogliono porre l'accento sull'importanza della diversità all'interno del proprio ambiente lavorativo. Firmando la Carta gli enti si espongono con la propria organizzazione, con i propri stakeholder e verso i propri clienti in favore di politiche di gestione della diversità e di difesa del principio di uguaglianza senza discriminazione di genere, età, disabilità, provenienza o origine etnica, religione e orientamento sessuale. Questa azione è stata sostenuta e finanziata dalla Commissione Europea attraverso il progetto

“Support for voluntary initiatives pro-moting Diversity Management at the workplace across the EU”.

A partire dal 2004 sono state create quattordici Carte della Diversità e lanciate in Francia, Germania, Spagna, Austria, Svezia, Belgio, Italia, Lussemburgo, Polonia, Danimarca, Irlanda, Finlandia, Estonia e Repubblica Ceca.

Le Carte hanno l’obiettivo di fornire alle imprese e alle amministrazioni pubbliche, nei rispettivi territori nazionali, uno strumento utile per valorizzare le diversità nell’ottica della realizzazione di maggiori benefici sia per le aziende in quanto “investitori”, sia per le autorità pubbliche in quanto “sistemi organizzati”, con l’aspettativa di ricadute positive in termini di consapevolezza e di benefici pratici sulla società nel suo complesso.

Le Carte sono dei documenti piuttosto brevi i cui format sono stati predisposti da organizzazioni pubbliche e non governative che contengono una serie di impegni circa la promozione della diversità e delle pari opportunità nei luoghi di lavoro. I sottoscrittori – appartenenti sia al settore privato che a quello pubblico – si impegnano attraverso di esse a sviluppare, realizzare e promuovere politiche di diversità nei loro contesti organizzativi e ambiti di lavoro.

L’ultimo sondaggio di Eurobarometro sulla discriminazione nell’Unione Europea, condotto in 27 paesi membri dell’Unione Europea nel 2012, ha rivelato che c’è un ampio consenso tra i cittadini europei sulla necessità di formare datori di lavoro e lavoratori sulle questioni della diversità (79%), di monitorare le procedure di assunzione (76%) e di monitorare la composizione della forza lavoro (69%).

L’impatto effettivo delle Carte risulta molto variabile da paese a paese e da organizzazione a organizzazione ed è molto

difficile valutare con correttezza le ricadute di queste iniziative nei vari territori nazionali

Da un'analisi dei casi emerge una sostanziale differenza di impostazione nelle politiche orientate alla gestione della diversità tra il pubblico e il privato:

- il primo è caratterizzato da una maggiore complessità
- il secondo è caratterizzato da un approccio più aziendalista e orientato al profitto e all'efficienza.

Bisogna anche riconoscere che la trasposizione all'ambito pubblico di strumenti che sono stati elaborati soprattutto per avere una concreta applicazione nella gestione di sistemi aziendali non è quasi mai semplice e lineare, dal momento che per la pubblica amministrazione le politiche per la diversità assumono risvolti di policy più ampi e non possono essere confinate esclusivamente all'assetto organizzativo, ma devono essere di una strategia più ampia che coinvolga la relazione con i cittadini e la dimensione dell'inclusione (o integrazione) positiva.

Questi ultimi non sono solo clienti o utenti, ma il loro benessere rappresenta il fine ultimo di un'azione politica e di un approccio che si deve estrinsecare in una multiforme varietà di strutture, iniziative e strumenti che possono essere ricondotti ad un approccio complesso alla diversità, ma non all'utilizzo di uno strumento unico. Le pubbliche amministrazioni sono dei puzzle molto più articolati di un'azienda.

Insomma, la gestione della diversità è un argomento complesso e non c'è un manuale che possa indicarci come dobbiamo comportarci: ogni organizzazione dovrà sperimentare e trovare la sua strada.

La comunicazione ha sempre giocato un ruolo determinante tra le funzioni della Pubblica Amministrazione italiana. Nel corso del tempo, tutte le attività di informazione e comunicazione

con gli utenti sono cambiate e migliorate divenendo sempre più strategiche grazie, in particolar modo, all'introduzione negli uffici pubblici dell'innovazione tecnologica, la quale ha abilitato e facilitato il rapporto tra cittadino e Amministrazione. Nella macchina amministrativa è entrato, in alcuni casi in modo silenzioso in altri in maniera "assordante", il web 2.0, uno strumento utile, a costo zero, ma con potenzialità enormi, soprattutto perché consente un contatto dinamico, orizzontale e interattivo con l'utente, funzionalità che il web di prima generazione non permetteva. Il web 2.0 ha coinvolto, in tempi rapidi, anche il mondo della comunicazione sanitaria tanto che questo progetto di ricerca si colloca nell'ambito degli studi sull'*e-health communication*, cioè sulle trasformazioni della comunicazione in ambito sanitario legate alla digitalizzazione, alla diffusione di internet e in particolar modo all'emergere dei social media. Si tratta di un particolare ambito all'interno della *health communication*, una sezione di studi in comunicazione che si è sviluppata in ambito statunitense e anglosassone nell'ultimo ventennio e che gradualmente sta acquistando rilevanza anche nel nostro Paese. La diffusione dei social media nel tessuto sanitario italiano sta cambiando profondamente le relazioni tra strutture sanitarie, cittadini e professionisti della cura. In Italia, nonostante la crescente attenzione e l'interesse su questi temi, il panorama delle ricerche risulta caratterizzato da una generale scarsità di studi empirici, la maggior parte dei quali si è concentrato sull'uso dei social media da parte dei cittadini per la ricerca di informazioni legate a *health issues* (Censis-Forum per la Ricerca Biomedica 2012; Digital Scoreboard Agenda 2012; Lupiañez-Villanueva et al. 2012).

Dinanzi al crescente interesse dei cittadini connessi verso l'informazione sanitaria, sono invece pressoché assenti in Italia

ricerche sull'adozione ed uso dei social media da parte delle organizzazioni sanitarie, anche se l'utilizzo dei social media è stata recentemente riconosciuta dal Ministero della Salute, che ha incluso alcune raccomandazioni relative all'impiego delle tecnologie.

La comunicazione in ambito sociosanitario riveste un ruolo determinante nella relazione tra professionista e cittadino non solo per l'obbligo di informare il cittadino sul suo stato di salute ma anche per promuovere l'empowerment tramite informazioni accessibili, precise e di qualità. Oggi è difficile trovare una comunicazione che porti a una comprensione intima e in completa sintonia ed è pure inusuale trovare delle condizioni di corretta comunicabilità, ossia condizioni nelle quali i due soggetti scelgono dei codici che permettono una totale e reciproca comprensione.

I medici in primis e tutti gli altri professionisti sociosanitari dovrebbero trascorrere più tempo ad ascoltare i pazienti, li incoraggino a esprimere le proprie idee o i propri sentimenti, interpretino i loro stati d'animo e usino un tono partecipativo. Il professionista deve ascoltare la voce del paziente, facilitare e incoraggiare il suo coinvolgimento attivo nella consultazione e nella comunicazione delle sue convinzioni, dei sentimenti e del contesto psicosociale della sua malattia. In una consultazione medico-paziente bisognerebbe rivedere le forme comunicative e i codici simbolici usati, che devono uscire da quelle pericolose forme di autoreferenzialità per permettere un'effettiva comprensione e condurre a una comunicazione ricca dal punto di vista affettivo, espressivo, cognitivo, informativo e pratico.

Il contenuto della comunicazione è influenzato da una serie di fattori pratici e situazionali (tempo disponibile, visita iniziale o successiva, ecc.) ma soprattutto da come i professionisti

percepiscono la natura del loro compito nei confronti dei propri assistiti. L'insufficienza di una consultazione dipende, inoltre, dalle abilità di processo. Queste si riferiscono alle capacità verbali e non verbali dei professionisti, al modo con cui sviluppano un rapporto con il paziente e al modo con cui organizzano e strutturano la comunicazione, tra cui l'enfasi data all'ascolto dell'assistito, incoraggiando le domande e la discussione di ansie e preoccupazioni. Lo studioso statunitense Morgan, inoltre, sottolinea il fatto che i pazienti sono considerati particolarmente sensibili alla comunicazione non verbale trasmessa dai propri medici poiché la malattia comporta emozioni come paura, ansia e incertezza emotiva e quindi cercano indizi per valutare la situazione. Mantenendo il contatto visivo, guardando attentamente, annuendo e usando altri gesti, il medico può fornire un feedback positivo al paziente e facilitare la sua partecipazione. Al contrario, continuando a rovistare note, giocherellando con una penna o non guardando direttamente il soggetto negli occhi trasmette disinteresse e il risultato sarà che il paziente non riuscirà a descrivere i suoi problemi o a chiedere spiegazioni. Allo stesso modo, il linguaggio del corpo e degli occhi del malato trasmettono sentimenti di tensione, ansia, rabbia e agitazione. Requisito fondamentale per una comunicazione corretta è la chiarezza del messaggio che si vuole trasmettere. La comprensibilità si raggiunge attraverso l'essenzialità e la linearità della descrizione dei contenuti, tenendo in considerazione l'importanza delle parole e del linguaggio che devono essere proporzionati alle competenze di chi riceve il messaggio.

Necessario al raggiungimento di un coinvolgimento del paziente è l'impiego di un contatto empatico e coinvolgente da

parte del medico, che deve sempre mettersi nei panni del malato e garantire a quest'ultimo la sua unicità di persona.

Nel "vecchio" rapporto medico-paziente il medico ippocratico considerava un dovere morale comportarsi con il malato secondo il cosiddetto criterio di beneficenza, "*Primum non nocere*", principio che ha guidato l'etica medica lungo i secoli delineando ruoli ben definiti tra medico e paziente, incarichi a carattere verticale e asimmetrico, dove il professionista, come un padre, doveva stare in una posizione superiore e comandare, mentre il malato si poneva nella posizione di figlio che dipendeva e obbediva. Tale paradigma è cambiato nella società odierna, dove il malato vuole sapere e non si trova più in una situazione di assoluto imbarazzo e soggezione nei confronti del medico che, tra l'altro, non dispone più di quella distanza sociale e culturale che ha contribuito a stabilire il suo autoritarismo.

In una relazione interpersonale fondata sul rispetto e il riconoscimento dell'altro, il dialogo tra medico e paziente deve avere non solo un valore informativo ma anche terapeutico e decisionale. La comunicazione, in quanto tecnica relazionale da adottare nella pratica medica, ha l'obiettivo di rendere capace il medico di rendersi conto di ciò che avviene sul piano psicodinamico del paziente per poter poi utilizzare tali informazioni sul piano clinico.

La differenza tra fede e fiducia consta nel fatto che chi ha fede pensa che l'altro sia onnipotente, chi ha fiducia si consegna nelle mani dell'altro dopo essersi interrogato sul soggetto al quale sta consegnando il proprio destino e sulle aspettative che nutre. Il concetto di fiducia si basa sul fatto che un soggetto affida a qualcuno (medico) qualcosa da salvaguardare (salute del paziente). Quando ci si affida a qualcuno, deve esistere la convinzione che non si subiranno tradimenti o aggressioni. Nel

corso della vita, molti stati quali l'immaturità, la malattia e la vecchiaia, rendono deboli dal punto di vista fisico o psicologico e quindi dipendenti. Ma il malato, se è ancora padrone delle sue capacità di giudizio e saggezza, mantiene il possesso della sua persona che gli permette di fare affidamento su qualcun altro conservando la consapevolezza di sé e del proprio stato. La fiducia si dà consapevolmente sotto continuo controllo e, affinché cresca, deve essere mantenuto un alto livello di informazione e di comunicazione tra le parti: il medico che rende partecipe il paziente, ne aumenta la competenza, la consapevolezza di sé, ne evita la soggezione e promuove la capacità di assumersi la responsabilità della cura della propria salute. L'incombenza di prendere decisioni in materia di salute e malattia in un tempo segnato da una grande libertà di scelta è una delle sfide fondamentali per gli individui moderni. Fidarsi degli esperti della salute, come i medici, e nei sistemi, come per esempio il sistema della medicina moderna, è un elemento essenziale quando gli individui devono affrontare le sfide che riguardano le questioni di salute.

La fiducia del paziente deve essere stabilita e nutrita attraverso l'interazione sociale e non è un qualcosa che il medico, o il sistema di assistenza sociosanitaria, è in grado di raggiungere una volta per tutte. Questo rapporto di fiducia tra medico e paziente si è evoluto, specie negli ultimi decenni, e specie nei paesi ad alto tasso di cultura e informazione.

La concezione del rapporto medico-paziente come una partnership è un'idea della scienza sociale e medica. Nella società moderna, la relazione tra il paziente e il professionista è molto più che un semplice trasferimento di informazioni su sintomi e malesseri da paziente a medico e un passaggio di conoscenza tecnico-scientifica da medico a paziente; è un rapporto che ha l'obiettivo di alleviare lo stress, l'ansia e le

preoccupazioni e che, ancora una volta, trova le sue radici nella fiducia.

La fiducia tra chi comunica e chi riceve l'informazione si stabilisce attraverso una comunicazione efficace, la divulgazione di informazioni leali, trasparenti e relative a obiettivi realmente realizzabili.

Negli ultimi dieci anni il mondo dei linguaggi ha conosciuto una nuova e importante trasformazione: l'accesso di massa alla rete internet. Si tratta di un cambiamento che ha colpito inevitabilmente anche il mondo della comunicazione sociosanitaria. L'avvento del web ha reso possibile l'opportunità di reperire moltissime informazioni sociosanitarie on-line che permettono a chiunque di raggiungere un alto grado di approfondimento delle proprie conoscenze sanitarie (Censis 2012). Questa nuova dinamica ha influenzato la domanda di prestazioni cliniche e sanitarie da parte dei pazienti e risulta caratterizzata da alcuni importanti elementi, tra cui: rapido accesso a una enorme quantità di informazioni; nuove opportunità d'accesso diretto a informazioni sanitarie autorevoli, personalizzate e immediatamente utilizzabili; desiderio di acquisire maggiore capacità di controllo sulle proprie condizioni di salute, anche attraverso una gestione diretta dei propri dati; desiderio di poter usufruire di nuove opportunità di relazione. Questa evoluzione s'inserisce nel percorso di trasformazione che sta investendo tutti i cittadini-pazienti accelerandone gli effetti di responsabilizzazione individuale e di presa di consapevolezza del proprio stato di salute, rendendoli in alcuni casi più competenti e in altri più confusi. È in questa prospettiva che il rapporto tra il professionista della salute/sanità e paziente è chiamato a un ripensamento profondo che, lungi dal ribaltare i ruoli e le

asimmetrie informative su cui si basa, deve necessariamente prevedere forme di coinvolgimento attivo del paziente.

Grazie alla diffusione capillare di internet gli individui hanno guadagnato l'accesso a una mole gigantesca di informazioni e la possibilità di addentrarsi in nozioni altamente specialistiche. Questo, però, rappresenta un'arma a doppio taglio perché, se da un lato il web dona all'utente la possibilità di scegliere autonomamente i temi che desidera approfondire, dall'altro le informazioni specialistiche, per chi specialista non è, possono condurre facilmente ad errori di valutazione potenzialmente molto rischiosi. Ma questo processo non si può né arrestare né contrastare poiché la sete di approfondimento di conoscenze sanitarie è inarrestabile; il capire cosa si ha, quali sono le conseguenze dei sintomi che si sono manifestati sul proprio corpo, come si può curare una patologia e dove si può andare per trovare cura ai propri malanni sono diventati fenomeni inarrestabili. Ma, nonostante l'uso capillare della rete, la televisione conserva un ruolo primario come fonte di informazione e resta il mezzo più diffuso nel panorama mediatico italiano (Censis 2012).

Il cittadino non è solo consumatore di prodotti medial, in una società invasa da un consumismo che condiziona le decisioni dei cittadini, anche la medicina non è rimasta immune da questo consumismo di massa. Sfortunatamente, la medicalizzazione anche di atti del tutto fisiologici e l'induzione al consumismo esasperato sono entrati a far parte delle attività mediche, con un palese profitto per alcuni operatori e per alcune aziende farmaceutiche.

Negli ultimi anni si è potuto osservare l'emergere di una medicalizzazione forzata con importanti implicazioni per la salute e la società.

Questa trasformazione ha fatto che sì tutti i tipi di comportamento, da quelli socialmente devianti (alcolismo, crimine, abuso sessuale, malattia mentale) a quelli inerenti le tappe e gli sviluppi della vita biologica di un individuo (nascita, pubertà, maternità, vecchiaia), potessero essere oggetto di medicalizzazione (Bronzini 2013). Sono numerose le direttrici del processo di medicalizzazione: dalla famiglia alla scuola, dagli ambienti di lavoro alle scelte riproduttive; quindi ci si chiede se siamo davanti ad una nuova capacità della medicina di trattare questioni che esistevano già. Si pensi alla scuola: bambini che precedentemente venivano etichettati come pigri, svogliati, poco studiosi o ineducati oggi vengono classificati come iperattivi, affetti da disturbo dell'apprendimento, ecc. Si pensi al campo lavorativo: difficoltà e problemi nei confronti del lavoro e dei colleghi sono catalogati come *burnout* (esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano professioni d'aiuto), *mobbing* e *workaholism* (disturbo ossessivo compulsivo di una persona troppo dedita al lavoro). Un altro settore nel quale ha preso piede la medicalizzazione è quello della prevenzione, ciò avviene quando un soggetto, pur essendo in perfette condizioni psico-fisiche, modifica e corregge il proprio stile di vita in base ai consigli e alle raccomandazioni mediche. L'apice del processo di medicalizzazione è stato raggiunto da un artista australiano, Justine Cooper, che ha inventato una malattia, un medicinale per curarla e un sito internet per sponsorizzare il farmaco. Il tutto per evidenziare l'attuale attitudine a brevettare malattie o a convertire in disturbo ciò che disturbo non è. Il nome del farmaco è Havidol, il nome del sito web che lo sponsorizza è www.havidol.com e il nome della patologia è Disordine Disforico da Decifit Ansiogeno da Consunzione di Attenzione Sociale (in originale

DSACDAD). Questa malattia, secondo quanto recita il portale, è ritenuta la preoccupazione numero uno della vita contemporanea. Il farmaco assicura risultati quasi certi e pochi effetti collaterali, tra i quali “co-dipendenza da oggetti Sostiene che la crescita delle industrie biotecnologiche, delle società di assicurazione e delle aziende farmaceutiche, assieme al paziente-consumatore, sono diventate le forze principali che promuovono la medicalizzazione. La nota curiosa è che il DSACDAD e l’Havidol non esistono e il sito internet www.havidol.com è frutto della fantasia di Justine Cooper, che ha ideato anche un servizio di merchandising dedicato al farmaco. Lo scopo di questa operazione è quello di voler porre l’attenzione sul comportamento delle case farmaceutiche e di come esse architettano l’informazione su patologie realmente di poco conto ma che vengono presentate come gravissime. Questo fenomeno viene definito *disease mongering* e consiste nella vendita di malattie che alimentano il mercato per coloro che commercializzano e producono farmaci (Fрати, 2007). Sotto questa prospettiva i pazienti sono sempre meno oggetto di una medicalizzazione imposta dal professionista e sempre più sostenitori attivi della stessa in qualità di consumatori. In questo scenario le industrie farmaceutiche e le tecnologie sono diventate i principali motori del processo di medicalizzazione. Attualmente si assiste ad un fenomeno in base al quale siamo in presenza di cittadini sempre più competenti in termini di malattie e cure; tali cittadini necessitano di farmaci che gli permettono di migliorare le prestazioni sociali e le relazioni piuttosto che fronteggiare vere e proprie malattie. Questo fenomeno è stato denominato farmacologizzazione della società e si contraddistingue per un utilizzo del farmaco rivolto ad aumentare le performance individuali senza il parere del medico. In questo processo un ruolo determinante è giocato

anche dalle tecnologie, dalle industrie farmaceutiche e dalle case produttrici di biotecnologie che stanno diventando i principali agenti dell'evoluzione della medicalizzazione.

Le case farmaceutiche hanno fatto diventare semplici emozioni e avvenimenti della vita (come l'ansia) delle patologie da sanare con i farmaci. Oltre ai disturbi d'ansia si può pensare all'obesità, la quale è curata con le medicine piuttosto che con la dieta. Si ricorre ai farmaci per migliorare le prestazioni sociali e le relazioni più che per rispondere a vere e proprie malattie. La farmacologizzazione può essere posta in relazione ad altri due fenomeni che condizionano l'accesso alla farmacoterapia: l'autogestione della malattia e l'avvento delle medicine non convenzionali. Riguardo al primo aspetto il paziente si autocura non solo per raggiungere uno stato di benessere bio-fisiologico, ma anche per arrivare a una tranquillità psicologica, sociale, culturale e spirituale. Per quanto concerne il secondo punto, il paziente non utilizza solo i farmaci tradizionali a base scientifica ma usa anche le cosiddette medicine alternative o non convenzionali per trovare risposta ai suoi bisogni di salute e benessere. Secondo lo psicologo statunitense Abraham tutto ciò attesterebbe che la farmacologizzazione può crescere ed espandersi anche senza un progresso equivalente della medicalizzazione; quindi secondo l'autore i due concetti non scorrono su due binari paralleli viaggiando allo stesso ritmo, ma la farmacologizzazione cammina a una velocità superiore rispetto alla medicalizzazione.

In questo nuovo scenario che si sta delineando al paziente/consumatore è richiesta una maggior responsabilità nell'interpretare e comprendere le nozioni che riguardano la sua salute e quella dei suoi cari. Al paziente è richiesto di prendere delle decisioni nel momento in cui deve seguire un

piano terapeutico, di saper fare delle scelte quando gli viene consigliato di seguire uno stile di vita sano e di saper reagire davanti alle prescrizioni mediche. La chiave che rende possibile il passaggio da un paziente passivo a un paziente attivo, consapevole e protagonista delle scelte che riguardano la sua salute è nascosta sotto il concetto di *health literacy*, tradotta in italiano col termine “alfabetizzazione”. Esso indica la capacità di un individuo di leggere e scrivere e avere abilità di calcolo (UNESCO, 2003). Quando la literacy entra nell’ambito della salute si parla di *health literacy*, ovvero la competenza di saper leggere, decodificare ed elaborare informazioni relative alla propria salute che vanno dal comprendere un referto medico all’orientarsi all’interno dei servizi sanitari, al compiere scelte consapevoli a favore del proprio benessere. Il termine venne usato per la prima volta nel 1974 nel paper di Simonds intitolato “*Health Education as Social Policy*”. In questo documento Simons asseriva che agli studenti dovesse essere insegnata l’educazione sanitaria così come vengono spiegate tutte le altre discipline. Alla base di ciò c’era un problema di carattere politico sociale: bisognava educare le persone alla salute e all’igiene, e insegnare loro ad assumersi più responsabilità nei confronti del proprio benessere. Oggigiorno, con il termine *health literacy* si intende la capacità di leggere e capire nozioni che riguardano i temi della salute. Secondo l’American Medical Association il termine *health literacy* comprende una miriade di abilità, inclusa l’abilità di leggere delle semplici letture ed eseguire operazioni numeriche nell’ambiente delle cure sanitarie e i pazienti con un’adeguata *health literacy* sono in grado di comprendere le informazioni sanitarie. L’alfabetizzazione alla salute comprende le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle

informazioni, di comprenderle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona salute. L'alfabetizzazione alla salute implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, abilità personali e fiducia in se stessi tali da poter migliorare la salute personale e della comunità, attraverso il cambiamento degli stili e delle condizioni di vita. Pertanto, il significato di alfabetizzazione alla salute va oltre la semplice capacità di leggere opuscoli e richiedere consigli, come auspicato da Parker. L'alfabetizzazione alla salute è un aspetto fondamentale per l'empowerment, poiché migliora l'accesso degli individui alle spiegazioni sulla salute e la loro capacità di utilizzarle in modo efficace. L'*health literacy* dipende a sua volta dai livelli più generali di alfabetizzazione: un basso livello di scolarità può incidere direttamente sulla salute degli individui limitando il loro sviluppo personale, sociale e culturale e ostacolando l'accrescimento dell'alfabetizzazione sanitaria.

I professionisti che operano all'interno del sistema sociosanitario dovrebbero giocare un ruolo decisivo e adottare le giuste strategie per migliorare la salute e l'alfabetizzazione dei pazienti: semplificando il materiale scritto, aiutando le persone a leggere meglio, migliorando il rapporto medico-paziente e aiutando quest'ultimo al corretto utilizzo dei servizi di cura, dei farmaci e così via (Institute of Medicine 2004). Il sistema educativo è un fattore determinante per l'accesso ai servizi sanitari e alle attività di promozione della salute. Limitate competenze di alfabetizzazione inibiscono la capacità di accedere alle informazioni, tra cui gran parte delle spiegazioni di promozione della salute, materiali di educazione, certificati concernenti i diritti dei pazienti, documenti sul consenso informato, materiali che descrivono assicurazioni o assistenza sanitaria, piani terapeutici, così come indicazioni per

la cura di sé o farmaci. Gli obiettivi del sistema educativo dovrebbero prevedere programmi scolastici coordinati di educazione e promozione della salute che consentano a bambini e ragazzi di acquisire le competenze utili a gestire in modo consapevole il proprio stato di salute (Ruud et al., 2000, Institute of Medicine, 2004).

I grandi stimoli evolutivi introdotti dalle tecnologie dell'informazione (ICT) hanno apportato dei preziosi miglioramenti nel campo sanitario. Le ICT, infatti, grazie alle loro potenzialità come la velocità, la pervasività, la pluralità delle fonti, l'interattività, l'ipertestualità e la multimedialità nella costruzione dei messaggi sembrano rispondere in maniera più adeguata alla crescente domanda di conoscenza da parte dei cittadini, i quali sono diventati più informati e in grado di comprendere la fonte dei propri disturbi. Come effetto di questo processo i pazienti hanno potenziato le proprie capacità decisionali e hanno aumentato la loro abilità di esprimere le proprie opinioni. In questo nuovo contesto, il processo di empowerment rappresenta il tragitto che il paziente compie dall'essere un soggetto passivo e disinteressato fino al punto in cui diviene il protagonista attivo e consapevole, capace di condizionare e influenzare le proprie scelte terapeutiche. Tale fenomeno è legato in modo particolare alla rapida evoluzione tecnologica e alla condivisione e alla co-creazione della conoscenza. I primi studi del fenomeno risalgono agli Anni 60 e sono attribuibili alle scienze sociali e comportamentali, dove il concetto di empowerment veniva utilizzato per descrivere la potenza o il controllo che un singolo attore sviluppava sugli altri e il processo attraverso cui gli individui o le comunità giungevano a controllare le azioni svolte nell'ambiente di appartenenza. Successivamente, nell'ambito delle scienze manageriali, si è sviluppato il concetto di "consumer

empowerment” dove il cliente/consumatore diventa consapevole delle proprie scelte e delle proprie spese. Il consumatore è diventato dunque un protagonista attivo, capace di costruire e controllare le dinamiche socioeconomiche in cui è coinvolto, tanto da arrivare a una sua totale autonomia nelle decisioni d’acquisto, divenendo così un consumatore maturo e consapevole. Il concetto di empowerment, come abbiamo accennato precedentemente, si è sviluppato velocemente anche nel settore della sanità, i nuovi pazienti fanno domande e vanno dal dottore non perché sono malati ma perché hanno sete di informazioni o feedback sui temi relativi alla salute.

Secondo l’OMS (1998), nell’ambito della promozione della salute, si definisce empowerment quel processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute. L’empowerment può essere un processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano loro di soddisfare tali necessità. Attraverso questo processo le persone riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti. La promozione della salute non comprende solo le azioni volte a rafforzare le abilità psico-sociali e le capacità fondamentali dei singoli individui, ma anche quelle volte ad influenzare le condizioni socioeconomiche e gli ambienti fisici che hanno un impatto sulla salute. In questo senso la promozione della salute è finalizzata alla creazione di condizioni che offrono migliori opportunità per stabilire un legame tra gli sforzi compiuti dai

singoli o dai gruppi e i conseguenti risultati di salute ottenuti nel modo descritto in precedenza. Viene fatta una distinzione tra empowerment individuale, empowerment organizzativo ed empowerment di comunità. Il primo si riferisce soprattutto alla capacità del singolo individuo di prendere decisioni, di assumere il controllo della propria vita, di adottare stili di vita salutari, di gestire la propria malattia, di accedere alle strutture del servizio sanitario e di partecipare al processo decisionale di cura. L'empowerment organizzativo si realizza attraverso quegli strumenti che consentono al paziente di pianificare i servizi delle organizzazioni di cura attraverso la *customer satisfaction*, l'Audit Civico e i laboratori del cittadino.

Il *patient empowerment* è stato definito anche come il potere del paziente di rovesciare la tradizionale piramide “medico-paziente”, trasformandola in “paziente-medico” e, quindi, enfatizzando la posizione del paziente grazie a ciò che egli stesso ha sperimentato e compreso in una prima accezione asseriscono che un paziente empowered è colui che è attivamente e autonomamente coinvolto nel processo decisionale relativo alla propria salute.

I vantaggi dell'empowerment in questa versione presuppongono che il paziente abbia le capacità necessarie per partecipare efficacemente al processo decisionale. In quest'ottica, il paziente è visto come un “esperto” e, quindi, capace di partecipare a piene mani al processo di diagnosi e cura accanto ai professionisti sanitari in modo da arricchire, grazie alla propria preparazione, la gestione della malattia. L'idea del “paziente esperto” descrive un paziente che è ben informato e che ha accesso a informazioni cruciali riguardanti le proprie condizioni di salute. Queste informazioni permettono ai pazienti di diventare responsabili della propria salute, comprese le attività come il riconoscimento dei propri sintomi,

la gestione di episodi acuti, l'utilizzo di farmaci e di interagire con i fornitori di assistenza sanitaria. In altre parole, l'empowerment implica la capacità del paziente di fare scelte salutari ottimali grazie alle sue conoscenze e competenze. Tale concetto di autodeterminazione del paziente è diametralmente opposto a quello di paternalismo (Ministero della Salute 2010; Shulz, Nakamoto 2013).

Strettamente legati al concetto di empowerment ci sono i concetti di *adeherence* e compliance. La Compliance è definita come la misura in cui il comportamento di una persona coincide con il consiglio del medico, essa è spiegata nei termini di cedere alle idee di qualcun altro; mentre *adeherence* è definita in termini di seguire volentieri le idee di qualcun altro. I pazienti spesso prendono decisioni di non aderire a un piano di trattamento. Ad esempio, nello scompenso cardiaco, un paziente può scegliere di non prendere le medicine diuretiche prima di una lunga giornata di viaggio, o può scegliere di non limitare il sodio nella dieta in occasione di un pasto commemorativo, pur avendo accettato il piano di trattamento e conoscendo le conseguenze della sua scelta. La mancanza di aderenza potrebbe quindi essere un modo per esercitare l'autonomia se il paziente ritiene che le strategie di trattamento disponibili siano limitanti o troppo poco flessibili. Un paziente sempre più attento e sensibile ai temi della salute e del benessere con un atteggiamento sempre più proattivo, che rivendica il diritto a una partecipazione consapevole e non passiva al processo di promozione e cura della salute, è anche un paziente che esprime una forte domanda di informazione. L'accesso alle informazioni rappresenta, infatti, un aspetto essenziale, una sorta di condicio sine qua non della possibilità stessa per il cittadino di aumentare le proprie capacità di autodeterminazione anche in un campo fondamentale come

quello della salute. A questa domanda crescente corrisponde una altrettanto migliorata disponibilità e fruibilità dei mezzi di comunicazione di massa che impatta positivamente in termini di sviluppo di un rapporto più ampio e complesso tra i cittadini e l'informazione sanitaria (Censis 2004). La richiesta di informazioni e, più ancora, l'esigenza della comprensione sono passi preliminari e fondamentali per la partecipazione dei cittadini alla gestione della loro salute, per molti versi infatti anche la crescente domanda di saperi medici è un elemento alla spinta individualistica che ha contrassegnato la recente evoluzione sociale. Nella scia culturale del primato del soggetto è fondamentale per ciascuno affermare, anche nel caso della malattia, la propria capacità di decidere e di scegliere su se stessi e sulla propria vita e per farlo l'accesso a tutta l'informazione disponibile diviene strategico (Censis 2012a). Come abbiamo visto precedentemente, il 73,2% degli italiani intervistati dal Censis e dal Forum per la Ricerca Biomedica considera più importante, nel caso di un problema di salute, il capire cosa sta succedendo contro il 26,8% che preferisce trovare subito un rimedio efficace (2012a).

La comunicazione rappresenta un aspetto fondamentale della vita dell'uomo, senza la quale non sarebbe possibile qualsiasi tipo di rapporto umano, sociale e culturale. Il termine comunicazione è composto dal prefisso cum e da un derivato di munus, cioè "incarico" o "compito", per cui il vocabolo commune vuol dire letteralmente "che svolge il suo compito insieme con altri" e suggerisce che l'attività è una relazione di scambio, di messa in comunione di significati tra due o più soggetti, un processo di comprensione e scambio di significati, una relazione con altre persone con l'obiettivo di condividere una serie di informazioni su un determinato oggetto o fatto.

Il fine della comunicazione è quello di riuscire a informare il maggior numero di persone e renderle partecipi di cosa accade nel mondo. Si può parlare di comunicazione solo quando si ha un'interazione di reciproco scambio attraverso codici noti e condivisi; comunicazione essere parte di un sistema di relazioni strutturate secondo regole coscientemente o inconsciamente attuate dagli attori in esso presenti; che si scambiano informazioni, ordini, imposizioni, carezze o condanne, utilizzando i canali e i codici (verbali e simbolici) disponibili in un determinato contesto culturale. La comunicazione pubblica si riferisce a tutte quelle attività di comunicazione che provengono da soggetti che hanno come obiettivo principale la tutela dell'interesse generale e che sono prodotte da una pubblica amministrazione. Difatti la principale differenza tra comunicazione di mercato e comunicazione pubblica riguarda gli obiettivi: la prima fa riferimento a tutte quelle attività di comunicazione prodotte da soggetti con forti interessi particolari le cui regole di costruzione della notizia non sempre rispettano i canoni della neutralità e dell'interesse collettivo; la seconda, di contro, deve riguardare argomenti di interesse generale e deve essere il più neutrale possibile. Un'altra caratteristica chiave della comunicazione pubblica riguarda l'oggetto d'interesse, ovvero i *public affairs*, cioè tutti quegli argomenti che sono di interesse per la collettività: i problemi relativi alla dimensione pubblica, le complicazioni che riguardano la sfera sociale e le difficoltà delle pubbliche amministrazioni. La terza dimensione riguarda i soggetti che promuovono tale attività e si distingue in: comunicazione istituzionale, comunicazione politica e comunicazione sociale. La prima è promossa dalla pubblica amministrazione, dagli enti pubblici e dagli enti di pubblico servizio con il fine di rendere pubblica l'amministrazione e la propria attività in risposta ai

bisogni del cittadino e di espletare le funzioni di diritto, immagine, dialogo e organizzazione. La seconda è la comunicazione che proviene dagli attori politici, dai partiti, dai sindacati e dalle rappresentanze di categoria e ha come oggetto argomenti d'interesse generale ma che sostengono un punto di vista determinato. La terza riguarda quell'insieme di attività di comunicazione messe in atto da un soggetto pubblico o privato volte a sostenere finalità non lucrative d'interesse sociale ampiamente condiviso. Si può parlare di comunicazione pubblica solo ed esclusivamente nel momento in cui Stato e cittadini dialogano tra loro. Se si assiste a un monologo dello Stato potremo parlare di Stato che comunica ma non di Comunicazione Pubblica. Secondo la studiosa Pina Lalli la comunicazione pubblica deve essere in grado di consentire alle persone di ottenere un accesso paritario alle informazioni in modo tale che queste possano costruire un proprio pensiero e, di conseguenza, una propria azione. Oggigiorno la parola chiave della comunicazione pubblica è semplificazione, conoscenza, innovazione e, soprattutto, partecipazione. Affinché si possa concretizzare una logica di comunicazione tra Stato e cittadino è necessario che questo venga posto al centro del sistema. L'Art. 2 della Costituzione Italiana stabilisce che il cittadino deve giocare un ruolo centrale nel rapporto con lo Stato, il quale ha il compito di salvaguardare i diritti fondamentali come la trasparenza, la pubblicità, la partecipazione e l'efficienza dell'azione pubblica. Negli anni Novanta, in Italia, l'importanza della comunicazione all'interno delle strutture pubbliche è stata regolamentata da alcune riforme. Le basi che hanno portato all'importanza della comunicazione pubblica sono da ricercare in tre fattori chiave che sono nati nel XX secolo nei sistemi sociali occidentali:

A) l'accrescimento dei compiti dello Stato. Nello svolgere queste nuove mansioni lo Stato si rivela inefficiente e inefficace tanto da essere obbligato a conferire parte di questi compiti ad attori privati, realizzando forme di privatizzazione dei servizi pubblici,

B) cresce la consapevolezza dei cittadini dei propri diritti. Questa accresciuta coscienza concerne anche un'aumentata richiesta di informazioni. La disponibilità di informazioni diventa un fattore cruciale per i cittadini che desiderano partecipare attivamente al processo decisionale. Il cittadino diventa consapevole del proprio diritto ad informarsi e ad essere informato affinché possa esercitare i propri diritti di cittadinanza e possa prendere parte alla vita democratica. Non di secondaria importanza i diritti di cittadinanza digitale che riguardano la possibilità per i cittadini di usufruire di servizi e informazioni attraverso gli strumenti tecnologici e di partecipare ai processi decisionali in modo attivo grazie all'uso delle nuove tecnologie della comunicazione,

C) l'importanza dei mezzi di comunicazione di massa, i quali, in alcuni casi, hanno sostituito le istituzioni nell'erogazione delle informazioni di interesse generale. Sono diventati così importanti che si possono definire un'istituzione sociale poiché entrano in relazione con le altre istituzioni che agiscono nella sfera pubblica. Essi hanno un ruolo così importante tanto che riescono a definire quali sono i temi di rilevanza pubblica da proporre al cittadino, la cosiddetta *media logic*.

Questi tre aspetti hanno segnato il travolgimento del tradizionale rapporto di asimmetria comunicativa tra cittadino e pubblica amministrazione. Un rapporto che è stato mutato anche dall'avvento dei mezzi di comunicazione di massa, intesi come punti strategici dei flussi comunicativi.

Nella prima metà del '900 – anni '50 - lo Stato e i cittadini sono due entità ben divise e separate. Lo Stato comunica con il popolo impartendo obblighi e doveri; quindi la comunicazione è esclusivamente di tipo unidirezionale. I cittadini non hanno ancora acquisito consapevolezza dei propri diritti nei confronti della PA e i media non rivestono ancora un ruolo cardine nella gestione dei flussi comunicativi da e verso i cittadini. Negli anni Settanta i media iniziano ad acquistare peso e visibilità all'interno dello spazio pubblico e i cittadini cominciano a prendere consapevolezza dei propri diritti nei confronti dello Stato. Nonostante queste prime avvisaglie di cambiamento il modello comunicativo non è ancora di tipo bidirezionale ma continua a restare unidirezionale e per la precisione viene definito “modello informativo a senso unico” poiché il cittadino ancora non ricopre un ruolo attivo all'interno del processo comunicativo.

Negli anni '90. si sviluppa un modello comunicativo bidirezionale o, per meglio dire, circolare. La PA inizia ad ascoltare i bisogni, le richieste e i suggerimenti del cittadino il quale acquisisce un ruolo determinante e strategico all'interno dell'arena pubblica. La Pubblica Amministrazione e le istituzioni governative cominciano a utilizzare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per relazionarsi e comunicare con i cittadini. Si iniziano ad attuare strategie e politiche di e-government, al fine di digitalizzare i servizi pubblici, per favorire la trasparenza e per promuovere la partecipazione alla vita pubblica e per dare voce ai cittadini su questioni rilevanti. Il dialogo e la conoscenza reciproca promuovono un'apertura dei confini tra Amministrazione e cittadino, che si trasforma da utente esterno, e passivo, dei servizi della PA in interlocutore attivo e coinvolto nei processi. La sanità, sulla stessa lunghezza d'onda delle Pubbliche

Amministrazioni, si è resa conto che, anch'essa, si deve trasformare in un soggetto 2.0 e abbattere le barriere tra i fornitori e gli utilizzatori dei servizi, presentandosi come un'amministrazione condivisa che demolisce il "paradigma bipolare" che vuole da una parte l'amministrazione come unica fonte di potere e dall'altra i cittadini governati, soggetti passivi dell'intervento pubblico. Comunicazione sociosanitaria significa far scorrere, all'interno della comunità, una serie di flussi informativi riguardanti i problemi di salute socialmente rilevanti e innescare attività di comunicazione tra i cittadini, le istituzioni pubbliche e il sistema dei media. Facendo un piccolo excursus sulla storia della comunicazione sanitaria, come area di ricerca scientifica, questa inizia a ottenere visibilità negli Stati Uniti a partire dal 1989 con la nascita della rivista *Journal of Health Communication*, ma viene lanciata ufficialmente nel 1997 durante il Congresso Mondiale di Jakarta nel quadro della nascente "Promozione della salute", sviluppando una rete di comunicatori qualificati in questa disciplina. In quegli anni furono date diverse definizioni di Health Communication. Secondo l'Health Promotion Glossary (OMS 1998) la comunicazione sanitaria è una strategia fondamentale per informare l'opinione pubblica su questioni riguardanti la salute e per mantenere al centro dell'agenda pubblica i problemi di salute più rilevanti. La diffusione di informazioni utili per la salvaguardia della salute attraverso i mezzi di comunicazione multimediali e altre innovazioni tecnologiche aumenta la consapevolezza su specifici aspetti della salute individuale e collettiva. La comunicazione per la salute ha lo scopo di migliorare lo stato di salute degli individui e delle popolazioni dal momento in cui la maggior parte della cultura moderna è trasmessa attraverso i mezzi di comunicazione di massa. 2.0 e Sistema Sanitario Italiano. Il CDC (2001) definisce la Health

Communication *“come lo studio e l'utilizzo di strategie comunicative per informare e influenzare le decisioni degli individui e delle comunità che fanno accrescere la salute”*. Nel panorama italiano la Comunicazione Sanitaria Pubblica ha cominciato a diventare uno scopo ufficialmente perseguito con il “Piano Nazionale 1998-2000” che ha prospettato di istituire speciali servizi per la comunicazione con i cittadini e sancire un'alleanza con i media e i comunicatori. Oggi per comunicazione sanitaria si comprendono sia le attività di comunicazione delle aziende sanitarie verso il pubblico, sia la comunicazione della salute, la quale agisce su tutti i fattori che influenzano la salute (Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale, 2006). In particolar modo la prima è incentrata specialmente sui servizi e sulle attività che vengono erogate in tutti i livelli dell'assistenza: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Con la trasmissione di questo tipo di informazioni si incoraggia la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali e si permette l'autonomia di scelta. Ma non solo, tra gli obiettivi della comunicazione sanitaria c'è la semplificazione d'accesso alle prestazioni sanitarie (altro elemento essenziale ad assicurare la salute e il benessere dei cittadini). Migliorare l'accesso vuol dire aumentare la capacità della sanità di entrare in contatto con gli utenti. All'interno della comunicazione sanitaria una particolare attenzione merita la gestione delle informazioni in casi di prestazioni sanitarie straordinarie che si possono attuare per emergenze, urgenze e catastrofi. Nelle situazioni critiche un'appropriata comunicazione su quello che si può o non si può fare è uno degli strumenti che consente di controllare situazioni di allarme improvvise per la salute e per dare delle risposte precise alle richieste dei media e dei cittadini. La mancanza di un'efficiente organizzazione comunicativa diventa infatti

evidente soprattutto nei momenti difficili dell'emergenza, quando può essere troppo tardi per intervenire. La seconda fa riferimento a quanto è necessario comunicare per conservare quell'opportuno livello di vitalità fisica che viene considerato come il normale livello di salute. La comunicazione della salute implica la precisa responsabilità, da parte di chi possiede le informazioni originate dal progresso tecnico-scientifico, per la tutela della salute del singolo e della collettività. Attraverso la comunicazione della salute il cittadino/utente partecipa alla programmazione sanitaria, all'attivazione dei percorsi assistenziali e alle scelte concernenti la sua salute e quella della comunità. In questo modo l'immagine dell'organizzazione sanitaria e degli operatori si fortifica, nel senso di una sanità che ascolta e risponde alle domande di salute dei suoi cittadini. Lo scopo è informare al meglio i cittadini sui programmi, le scelte e le azioni adoperate dai vari organi di governo. Gli ambiti d'intervento interessano tutti i fattori che incidono sulla salute, ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool ecc.) e all'accesso ai servizi, non solo sanitari, ma anche sociali, scolastici, ricreativi e di trasporto. La comunicazione è una componente cruciale per il successo degli incontri concernenti la sanità; senza di essa i caregivers non potrebbero ascoltare le preoccupazioni dei pazienti, fare diagnosi, dare raccomandazioni o seguire i risultati di una terapia. La comunicazione è un'importante risorsa per le confidenze personali e fa risparmiare tempo e denaro; difatti i pazienti che comunicano chiaramente con i propri medici non costringono il professionista a fare mille domande per cercare di capire il problema, hanno più chance di sentirsi ascoltati e di conseguenza possono ottenere migliori prestazioni nella cura.

La comunicazione, inoltre, aiuta le organizzazioni sociosanitarie a operare efficacemente; comunicare con i propri clienti o con i potenziali clienti consente alle aziende di essere più abili nel valutare la loro efficacia e a sviluppare piani di miglioramento.

Un uso saggio dei mass media può aiutare le persone a imparare qualcosa riguardo i temi sociosanitari; chi fa uso dei media, in particolar modo giornali, riviste e computer, è probabilmente più informato sugli argomenti sanitari e, di conseguenza, si mantiene in forma in modo migliore. La comunicazione della salute potrebbe essere importante perché l'industria sanitaria è ricca e offre opportunità di carriera. La selezione dei temi di salute che vogliono essere pubblicizzati e i modi con cui questi vogliono essere presentati al pubblico dipendono dal soggetto che promuove la comunicazione pubblica. Per esempio, una campagna di comunicazione per la salute può limitarsi semplicemente a educare e sensibilizzare i cittadini su un determinato tema con l'obiettivo di suscitare interesse e curiosità e assicurare una competenza di base sui temi concernenti la salute a tutti i cittadini. Oppure può spingere il cittadino a cambiare atteggiamenti, credenze, comportamenti e stili di vita non salutari. I primi obiettivi, quelli di tipo informativo, sono più facili da raggiungere; di contro indurre il cittadino a cambiare stile di vita, atteggiamenti e credenze è più ostico poiché significa persuadere il soggetto a ribaltare e sconvolgere comportamenti e convinzioni adottati fin da quando è piccolo e radicati nel profondo, che spesso fanno parte dell'identità stessa della persona. Il fatto che la comunicazione non è un mero scambio d'informazione ma un'attività che deve coinvolgere tutte le strutture e tutti i soggetti del sistema sanitario è stato stabilito anche da diversi documenti.

La comunicazione sociosanitaria ha come oggetto la corretta informazione e comunicazione sui servizi, sulle norme e sulle prestazioni, in tutti i vari livelli di assistenza che un'organizzazione sanitaria deve garantire: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. L'informazione sociosanitaria, con qualsiasi mezzo venga diffusa, non deve essere arbitraria e discrezionale ma veritiera e supportata da dati oggettivi e controllabili. In particolare, per ogni concetto scientifico si deve chiarire il riferimento alle fonti, mettendo in evidenza la differenza tra fatti certificati da dati ed opinioni.

Gli obiettivi della comunicazione sociosanitaria sono quelli di potenziare le attività che permettano la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali e garantire l'autonomia di scelta del cittadino, in modo tale da favorire l'empowerment del paziente. All'interno della comunicazione sociosanitaria riveste una figura di rilievo la comunicazione di crisi, rischio ed emergenza per la salute dei pazienti (ad esempio in caso di alluvioni, terremoti o pandemie) quale strumento che consente di controllare le situazioni di allarme improvviso per la salute, al fine di dare una risposta corretta ed equilibrata alle richieste dei media e dei cittadini e per intervenire nelle circostanze in cui un'istituzione rischia di perdere credibilità nel momento in cui accade un evento negativo che può essersi verificato per cause interne ed esterne. La comunicazione per la salute ha come protagonisti diversi attori come Enti, Istituzioni, Associazioni del Terzo Settore e cittadini. Gli ambiti d'intervento riguardano tutte quelle attività che riguardano la prevenzione e la promozione di corretti stili di vita e che riguardano diversi aspetti della vita: ambiente, società, economia, alimentazione, attività fisica, fumo, alcol. Per la realizzazione di questo obiettivo è auspicabile realizzare delle campagne di comunicazione sociale (Censis 2004;

Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale 2006; Ministero della Salute 2010). La comunicazione può essere valutata come una risorsa e non una spesa per contribuire a migliorare la salute. La comunicazione pubblica all'interno delle Aziende Socio Sanitarie gioca un ruolo strategico nel momento in cui favorisce l'accesso e l'utilizzo appropriato dei servizi, l'adozione di comportamenti e stili di vita sani volti alla tutela e al miglioramento della salute sia del singolo che della collettività. Con le riforme degli anni Novanta la Comunicazione pubblica in sanità è stata avvolta da una nuova luce, essa è vista come servizio, dialogo, relazione, scambio e condivisione, sia nel rapporto fra pazienti e medici, sia nel rapporto tra cittadini e istituzioni sanitarie (Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale, 2006). In questo scenario non deve essere trascurata la comunicazione interna. L'organizzazione della comunicazione tra i vari comparti in cui è articolata un'Azienda Sanitaria, la creazione di uno spirito di appartenenza tra i vari operatori che lavorano all'interno della struttura sanitaria, un'adeguata istruzione del personale addetto alla comunicazione e dell'integrazione sistemica tra URP, Ufficio Stampa e analoghe strutture all'interno di un unico Sistema, diretto da un dirigente con la professionalità prevista dalla legge 150/2000, il bisogno di perfezionare le competenze dei comunicatori pubblici in sanità con i saperi medico-scientifici è il presupposto per divulgare informazioni corrette e allo stesso tempo chiare e comprensibili per i cittadini sono i punti chiave di una corretta comunicazione interna la quale può portare a una comunicazione esterna efficace ed efficiente (Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale, 2006). La promozione della salute non può prescindere dalle nuove tecnologie dell'informazione e della

comunicazione fondate, ogni giorno di più, sui siti di social network e sulle loro peculiarità linguistiche, culturali e interattive. I social media, intesi come piattaforme on-line per la creazione di contenuti generati dagli utenti, per la distribuzione istantanea delle informazioni, per la creazione di comunità e per l'accesso aperto, per un dialogo a due vie, stanno guadagnando importanza nella sanità pubblica. I pazienti sono sempre più online, dove consultano Wikipedia, “Dottor Google”, i medici online e i forum di pazienti per ottenere risposte alle loro domande e discutere sulla propria salute e sul benessere della loro famiglia. Il settore sanitario privato sta usando i social media per scopi di marketing, e la stampa ha assunto i social media come una fonte importante per la comunicazione sanitaria. Secondo gli studiosi Andersen, Söderqvist, della Scholl of Public Health Research dell’Università di Copenaghen, trascurare i social media per la comunicazione della scienza della salute pubblica sarebbe ingenuo. Dal punto di vista della teoria della comunicazione, i social media sono stati gli artefici di un passaggio da una tradizionale comunicazione “uno a molti” e top-down ad uno schema più complesso “molti-a-molti-a-molti” o circolare e offrono alla comunicazione per la salute un approccio multiforme e multidisciplinare capace di raggiungere diversi tipi di target e condividere informazioni sulla salute con l’obiettivo di influenzare, persuadere e condizionare gli individui, le comunità, gli operatori sanitari ad adottare uno stile di vita che migliori la salute. Da questa prospettiva i social media possono essere considerati degli ottimi mezzi per conquistare diversi tipi di pubblico al fine di condizionarne il comportamento, poiché la tecnologia consente di forgiare delle operazioni personalizzate o create ad hoc. Indubbiamente, con la nascita del Web 2.0 si sono ripensate e ricalibrate le strategie

di comunicazione e le modalità di sviluppo e diffusione di iniziative volte a modificare gli atteggiamenti e gli stili di vita. Nella sfera della sanità pubblica, i social media sono stati inseriti in campagne e programmi volti a informare ed educare il pubblico su specifici temi concernenti la salute, la prevenzione o per la promozione di comportamenti salutari.

Un altro mezzo utilizzato per comunicare la salute è la televisione: oltre ad esserci un diverso numero di trasmissioni specificatamente indirizzate a parlare di questo argomento, sono numerosi gli spazi che vengono dedicati all'interno di altri programmi dove vengono trattati i temi più vari, da quelli legati al benessere quali diete e fitness, ai temi più specifici, come la prevenzione, gli accertamenti diagnostici, fino ad arrivare alle nuove frontiere della ricerca (Censis 2006).

Così come per il settore commerciale, anche i messaggi della salute sfruttano un'ampia varietà di stili linguistici allo scopo di catturare l'attenzione del pubblico di riferimento. Può essere un messaggio di sensibilizzazione, il cui obiettivo, solitamente, è attirare l'interesse delle persone su un determinato argomento, ad esempio una nuova malattia; questo tipo di comunicazione è rivolta generalmente ad un pubblico molto vasto e variegato. Può essere un messaggio orientato all'informazione, utilizzato per proporre al pubblico una descrizione degli aspetti legati a uno specificato comportamento usando argomentazioni di tipo razionale, facendo ricorso alla riflessione, alla ragione, al senso del dovere e della responsabilità, ma senza usare un senso di colpa. Oppure può essere un messaggio di persuasione, il cui scopo è quello di indurre le persone a cambiare stile di vita o ad adottare comportamenti più salutari (ibidem). Può essere paternalistico, usato particolarmente in passato dalla pubblica amministrazione; ha lo scopo di veicolare messaggi che

responsabilizzano il pubblico facendo leva sulla loro coscienza, suscitando sensi di colpa e facendo appello al senso del dovere. Oggigiorno questo stile sembra antiquato specialmente se ci si rivolge ad un target giovanile. Una campagna, inoltre, può adottare un tono rassicurante e trasmettere fiducia nella possibilità di affrontare e risolvere con successo un problema. Questo tipo di linguaggio utilizza l'happy end, ovvero il raggiungimento del lieto fine se si rispettano i consigli contenuti nel messaggio. Può far appello alla paura, con l'intenzione, da parte dell'emittente, di provocare timore e sgomento nel destinatario. Fanno "appello alla paura" tutti quei messaggi che presentano in maniera più o meno realistica, ad esempio attraverso immagini, le conseguenze negative di comportamenti a rischio. Lo scopo è quello di far percepire al soggetto un senso di vulnerabilità per convincerlo a cambiare atteggiamenti e stili di vita dannosi. Una campagna può utilizzare un tono ironico coinvolgendo emotivamente il destinatario e incrementando l'impatto del messaggio. Può far uso del testimonial: in questo caso si adottano vari stili linguistici e si ricorre a un testimonial per dare maggiore vigore al messaggio. La scelta di personaggi conosciuti, per esempio del mondo dello spettacolo o dello sport, come portavoce dei messaggi non dà garanzia di efficacia se i soggetti individuati non possiedono le caratteristiche adatte. Difatti, un buon testimonial deve suscitare attrazione nei confronti del pubblico che si intende raggiungere, deve essere legato per qualche motivo al tema trattato per essere più credibile e, infine, deve essere apprezzato per la sua immagine positiva e la sua coerenza. Infine, nell'architettare una campagna di comunicazione si può far uso dell'evidenza mostrando fatti reali e prove scientifiche o si può utilizzare lo stratagemma della presentazione per tesi e antitesi, adottando possibili

controindicazioni per confutare il messaggio principale. Un altro mezzo attraverso il quale si tramette e si diffonde l'informazione sanitaria è Internet. Esso è un canale d'informazione e comunicazione con una struttura interattiva, dove vengono meno le censure tipiche degli altri media. Una rilevante innovazione di internet è la nascita dei siti che possiamo definire del "Dottor Web"; si tratta di siti in cui si possono ottenere consulenze supplementari, permettono al paziente e ai suoi cari di reperire più informazioni rispetto a quelle che fornisce il proprio medico e consentono al malato di sentirsi, durante il percorso di cura, meno solo, più consapevole e con una visione del panorama medico/sanitario più ampia, aiutandolo a prendere decisioni più fondate; ma, per altri versi, tali siti possono fungere da catalizzatori di incertezze, dubbi o casi di ipocondria. Da evidenziare il fatto che internet non ha conquistato solo i pazienti ma ha affascinato anche i medici e le professioni sanitarie.

CONCLUSIONI

Anche questa nuova avventura letteraria è giunta al termine. Molti degli argomenti tematizzati in questo testo erano stati da me già precedentemente affrontati ma la stesura di questo testo mi ha consentito di approfondirli e sistematizzarli.

A differenza di alcuni dei miei precedenti libri, i cui temi erano sostanzialmente diversi e per i quali ho impiegato molti mesi, questo è stato scritto in “soli” 3 mesi perché volevo che fosse pronto da presentare all’editore prima dell’estate 2021.

A febbraio 2020, però, la pandemia Sars-Cov 2, comunemente nota come Covid 19, ha imposto lockdown, restrizioni alla libertà individuali, ha diffuso un senso di paura e di morte generalizzato.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale se pur presenta molti aspetti di criticità e di malfunzionamento, troppo spesso bistrattato, ancora una volta ci ha traghettato fuori dal pericolo ma il prezzo pagato anche dagli operatori sanitari è stato altissimo.

Il Covid-19 ha dimostrato quanto sarebbe stato fondamentale (come ripetuto innumerevoli volte dal primario infettivologo Massimo Galli dell’ospedale Sacco) avere una rete efficiente di medicina del territorio per isolare in anticipo i casi sospetti e curarli prima della necessità di un ricovero. La comunicazione da parte delle autorità competenti è stata lacunosa, poco chiara e contraddittoria. L’emissione di messaggi contrastanti ha seminato confusione e insieme al mancato coordinamento tra le

autorità nazionali e quelle locali, hanno peggiorato gli effetti negativi della pandemia.

Il marketing, insieme alla comunicazione e al linguaggio, sociale non è solo questione che riguarda i tecnici comunicatori ma prima ancora è campo di scelta e di responsabilità politica. Anche perché la decisione circa la priorità dei temi da affrontare e le campagne da attuare non può essere demandata ai tecnici.

Come ampiamente scritto in questo testo, il marketing sociale è uno strumento da utilizzare insieme ad altri all'interno di un sistema di politiche integrate per la promozione della salute, che per tale motivo è bene non avere aspettative esagerate rispetto ai suoi effetti e che per ottenere qualche risultato è comunque necessario promuovere competenze ed esperienze professionali specifiche e specialistiche adeguate, affinché queste tecniche, così difficili da applicare, siano quantomeno attuate nel modo migliore possibile da personale preparato, senza troppe velleità e senza improvvisazioni.

È ormai risaputo che il concetto di comunicazione sta profondamente cambiando: si è passati dal “comunicare a” al “comunicare con” fino ad arrivare a far diventare il cittadino co-autore del messaggio pubblicitario. Per coinvolgere in modo più diretto il cittadino o consumatore, accanto agli spot televisivi, ai mailing, agli eventi, credo sia ragionevole iniziare a parlare anche di modalità di comunicazione non convenzionali. Tra gli addetti ai lavori si discute, per esempio, su come utilizzare le nuove tecniche definite *guerrilla*, *emotional*, *street marketing*: modalità nuove per colpire il pubblico in modo imprevisto, inusuale, spiazzante.

Ma il solo strumento innovativo non basta: dietro devono esserci buone idee, organizzazioni efficienti e strategie ben articolate. È risaputo che una campagna di comunicazione

originale non è sufficiente a raccogliere consensi duraturi, a migliorare la raccolta fondi e a consolidare la reputazione dell'organizzazione. Ogni organizzazione dovrebbe chiedersi, quando decide di realizzare un progetto di comunicazione, se esso sarà in grado di contribuire a quel cambiamento del mondo a cui la comunicazione sociale dovrebbe sempre tendere. Grazie alla campagna il messaggio sarà capace di creare un ambiente nel quale “insieme” si trovano soluzioni ai problemi?

Domande complesse cui, sappiamo, non è semplice rispondere: ma se è vero che la nostra non è solo una crisi economica e finanziaria ma è una crisi di valori, la comunicazione sociale potrebbe davvero essere uno strumento per dare voce alla società nel suo complesso, per promuovere comportamenti positivi e per raggiungere obiettivi di crescita comuni.

I professionisti della comunicazione e del marketing che lavorano nel sistema sociosanitario si confrontano molto spesso con la gestione della complessità dei servizi sociosanitari, indipendentemente dal loro livello operativo.

La comunicazione sociale e il marketing comprendono le iniziative attuate dalle organizzazioni non profit, dalla pubblica amministrazione e talvolta dalle aziende private, allo scopo di influenzare il comportamento volontario e involontario dei cittadini, di combattere l'indifferenza e incentivare l'accettazione di idee sociali, per il benessere individuale e collettivo.

Dall'analisi della letteratura esistente emergono dei limiti sostanziali che caratterizzano l'intero processo di costruzione di una campagna di comunicazione sociale e marketing. Primo fra tutti gli elevati investimenti necessari alla produzione e distribuzione dei messaggi, che prevedono ingenti risorse di cui frequentemente i soggetti promotori non dispongono.

In secondo luogo, le comunicazioni non godono spesso di un'adeguata visibilità e capacità distintiva, correndo il rischio di passare inosservate agli occhi di consumatori oramai assuefatti dalle migliaia di messaggi pubblicitari cui sono esposti giornalmente. Anche il modello di consumo della società post-moderna ha subito un notevole cambiamento, il quale ha interessato principalmente la relazione azienda-consumatore e il ruolo di quest'ultimo, che vede un'evoluzione diventando co-creatore di valori e contenuti.

Molti autori sostengono che non esiste la soluzione perfetta per poter vendere un prodotto, di qualunque natura esso sia. Un'attenzione particolare è stata rivolta alle tecniche di comunicazione non convenzionali che sembrano ben adattarsi al settore sociale. È dimostrato come l'esigenza di trovare nuove modalità di comunicazione e informazione trovi riscontro *nell'unconventional social advertising*, il quale supera i limiti delle pubblicità sociali tradizionali.

Le difficoltà e i limiti oggettivi del marketing e della comunicazione sociale all'interno del sistema sociosanitario, lungi dallo sconsigliarne l'applicazione impongono piuttosto da una parte di non sviluppare aspettative esagerate e dall'altra di promuovere formazione, competenze ed esperienza professionale specifiche e adeguate nel personale addetto, che deve essere capace di un approccio analitico, progettuale, realizzativo e organizzativo-gestionale differente da quello richiesto nel marketing commerciale. Al contempo, mi auguro che si approfondiscano e amplino anche la ricerca e gli studi teorici nel campo.

Un aspetto non trascurabile, quando si parla di marketing e comunicazione sociale, riguarda la dimensione etica e della responsabilità. Ciò vuol dire che da una parte è necessario considerare l'impatto sociale degli obiettivi che una campagna

di marketing intende raggiungere (comprendendo in questa analisi anche i metodi e gli strumenti utilizzati e gli eventuali effetti indesiderati nonché quelli di lungo termine) e dall'altra si dovrà tener conto che si stanno promuovendo certi valori a scapito di altri. Ciò vuol dire che ogni operazione messa in campo non necessariamente è sempre e comunque di interesse collettivo (o, per meglio dire, che i suoi obiettivi sono universalmente condivisi), nel senso che promuovere i valori considerati (da chi promuove la campagna) socialmente, moralmente ed economicamente migliori, significa inevitabilmente deprimere o annullare valori o interessi altri e confliggenti.

Questo implica evidentemente consapevolezza e senso di responsabilità in chi deve decidere quali siano gli atteggiamenti e i comportamenti congruenti agli interessi della comunità e quali invece vadano modificati, tenendo peraltro conto che, come è stato più volte sottolineato anche in questo testo, circostanze economiche, sociali e ambientali possono essere fattori determinati dello stato di salute di un individuo o di una comunità in misura ben maggiore dei comportamenti e che comunque il contesto socio-economico-ambientale influisce pesantemente sui comportamenti e gli stili di vita.

Va inoltre considerato il fatto che l'utilizzo dei metodi e degli strumenti del marketing per promuovere cambiamenti di comportamento può da qualcuno essere associato con concetti di manipolazione e di persuasione o di propaganda, poiché si potrebbe dire che, se di fronte alla pubblicità commerciale il consumatore è consapevole degli interessi di chi promuove il prodotto, nel caso di una iniziativa di comunicazione pubblica il cittadino difficilmente metterebbe in dubbio la correttezza e la buona intenzione della fonte del messaggio, grazie

all'autorevolezza e alla credibilità di un Ministero, di un Assessorato o di un'Azienda Socio-Sanitaria.

Quando mi sembrava di essere giunto alla fine della scrittura di questo testo mi è capitato di imbattermi in articoli, dispense, ecc, che mi fornivano ulteriori spunti di tematizzazione.

Tra questi segnalo il Community Based Prevention Marketing (CBPM). Esso è un framework per pianificare interventi di promozione della salute nella comunità, che applica i principi e le tecniche del marketing sociale. Il CBPM si basa sul presupposto che il cambio di comportamento individuale è facilitato dai cambiamenti multi-level che si presentano in modo più appetibile e meno costoso. Mentre i membri della comunità che fanno parte di un comitato o di una coalizione stabiliscono gli obiettivi e prendono le decisioni programmatiche, il marketing sociale fornisce il quadro di pianificazione per guidare la progettazione dell'intervento, l'attuazione e la valutazione. La centralità delle coalizioni per lavorare con e per la comunità è fondamentale per il CBPM, ma è una delle sfide più impegnative anche per la realtà italiana. L'attenzione posta ai progetti di comunità nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, con una forte accentuazione sull'intersettorialità, integrazione e trasversalità ne è un chiaro esempio.

È evidente che la riflessione sul metodo CBPM va approfondita, questo sintetico tratteggio è un semplice sassolino lanciato a testimonianza della dinamicità del marketing sociale che si muove in sintonia con la complessità di questo tempo.

Com'è stato evidenziato durante la trattazione, nell'attuale contesto economico si sta affermando un nuovo modello di consumo identificabile in una domanda che non si sente solo portatrice di diritti, ma che volge lo sguardo anche verso

l'ambiente e la società. Si sono indirizzate in questo senso le aspettative dei consumatori maggiormente attenti ai temi della sostenibilità e del sostegno delle cause sociali. Le aziende quindi non possono più avere come unico obiettivo il solo profitto, ma devono necessariamente considerare nello svolgimento della loro attività anche la dimensione sociale, culturale e ambientale della società esterna. I mutati equilibri economici e la crisi che ha investito l'intero occidente stanno costringendo Stato e Regioni a ridurre via via la spesa sociale, a causa della progressiva riduzione delle risorse pubbliche destinate al welfare. A queste carenze, cercano di supplire gli attori del Terzo Settore, cioè l'insieme di organizzazioni, associazioni o fondazioni non profit che si stanno distinguendo come nuove forme di socialità. Parallelamente alla crescita del Terzo Settore ha assunto sempre maggiore importanza la raccolta di risorse finanziarie da destinare alle organizzazioni non profit per lo svolgimento delle loro attività.

A seguito di queste significative trasformazioni, si sono sviluppate politiche di *Corporate Social Responsibility* che ben si prestano a fungere da importanti vettori per comunicare l'impegno sociale delle imprese e collaborare in modo concreto al progresso civile o sociale dell'ambiente in cui operano. Si sta quindi assistendo ad una presa di coscienza della necessità di un ripensamento delle logiche di marketing, non più orientate al solo profitto ma indirizzate all'ottenimento di un concetto di valore più ampio, che consideri anche la dimensione sociale, ambientale ed etica.

Negli ultimi anni, infatti, sono cresciute le campagne di marketing che mirano a raggiungere obiettivi di utilità sociale promuovendo idee, valori e comportamenti utili all'interesse collettivo. Tutti parlano di contribuire a costruire un mondo e

una società migliori, ma oltre le semplici parole è necessario fare qualcosa di concreto.

Spesso, presi dal ritmo frenetico di vita, dall'ambizione personale, non si pone sufficiente attenzione ai problemi e alle tematiche sociali che vengono percepite come dei puntini lontani sullo sfondo della nostra vita. Sembra comunque che una ridefinizione delle logiche di marketing e della comunicazione possa fornire un contributo concreto al sostegno di una maggiore e migliore efficacia/efficienza del nostro SSN in termini di presa di coscienza, solidarietà e condivisione.

Le organizzazioni sociosanitarie non dovrebbero essere mistiche gerarchie di autorità, ma comunità di impegno in cui ognuno è rispettato e a sua volta restituisce questo rispetto. Abbiamo bisogno a tutti i livelli di persone competenti nella loro specifica disciplina (questo dovrebbe essere un prerequisito!), formati all'esercizio delle funzioni di management e leadership necessarie per raggiungere i risultati operativi e di salute che la popolazione assistita legittimamente si aspetta.

In conclusione, cito l'economista e saggista naturalizzato statunitense Peter Drucker *“Nessuna istituzione può ragionevolmente sopravvivere se ha bisogno di geni o di supermen per essere gestirla; deve essere gestita e guidata da persone normali”*.

BIBLIOGRAFIA

1. Andreasen A., *“Social marketing in the 21st century”*, Thousand Oaks, Sage Publications, 2006
2. AA.VV., *Delineare il futuro della promozione della salute: le priorità per l'azione*, IUHPE, traduzione italiana a cura di DoRS Piemonte, 2008
3. AA VV a cura di Cavallin F., *Comunicare con la gente*, Arcipelago Ed., Milano, 2000
4. AA VV a cura di Contessa G., *Il sociale come mercato*, Arcipelago Ed., Brescia, edizione elettronica 2002
5. Bombelli M. C., *“Uguali o diversi? Riflessioni per un utilizzo consapevole del Diversity Management”*, Economia e Management, n. 5, 2003
6. Cersosimo G., *La costruzione della salute*, Clueb, Bologna 2005
7. Carrozzi g., Fattori G., *La documentazione tecnica per le scelte di priorità: i Profili di salute*, in Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute, a cura di M. Biocca, FrancoAngeli, Milano, 2006
8. Curzel V., (a cura di) *Comunicazione Pubblica e Marketing Sociale per la Sicurezza e la salute sul lavoro – parte I*, Provincia Autonoma di Trento, 2005, in Strumenti per la Formazione
9. Curzel V., *Promozione della salute e marketing sociale*, Punto Omega, P.A. di Trento, 2001
10. Donovan R. Henley N., *Social marketing: principles and practice*, IP communications, Victoria, 2003
11. Douglas Evans W., *"How social marketing works in health care"*, British Medical Journal, May 2006

12. Elia E., *Il marketing sociale: uno strumento per la creazione di valore condiviso*, Comunicando TP, settembre 2003
13. Hastings G. and McDermott L., "*Putting social marketing into practice*", British Medical Journal, May 2006
14. Neiger B.L., Thackeray R., Barnes M.D., McKenzie J.F., "*Positioning social marketing as a planning process for health education*", American Journal of Health Studies 2003
15. Fattori G., Vanoli M. Boni M., "*Social Marketing & Health Promotion: designing a public health model*", Abstract Book World Social Marketing Conference, Toronto, 2013
16. Fattori G., "*Sperimentare il marketing sociale per promuovere la salute*", in Comunicazione pubblica, anno XIV, nov.dic 2005, n 94
17. French J., Blair-Stevens C., Mc Vey D., Merritt R., "*Social marketing and public health. Theory and practice*", Oxford, Oxford University Press, 2010
18. Gadotti G., Bernocchi R., *La pubblicità sociale. Maneggiare con cura*, Carocci editore, Roma, 2010
19. Gadotti G. (a cura di), *La comunicazione sociale*, Arcipelago Ediz, Milano, 2001
20. Goodstadt M., *The use of logic models in health promotion practice*, Un. Toronto, 2007
21. Kotler P. Lee N., *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, 3rd Edition, Sage Publications, 2008
22. Kotler P. Roberto N. Lee N. R., *Social marketing. Improving the Quality of Life*, Thousand Oaks
23. (California), SAGE Publications, 2002

24. Lalli P., “*Comunicazione sociale: tracce di un itinerario*” in Carla Bertolo (a cura di), *Comunicazioni sociali. Ambiguità, nodi e prospettive*, CLUEP, Padova, 2008
25. Monaci M., “*Culture nella diversità, cultura della diversità. Una ricognizione nel mondo d’impresa*”, Quaderni ISMU, n. 1, FrancoAngeli, Milano, 2012
26. Siegel M., Lotenberg, L., *Marketing public health: Strategies to promote social change*, Sudbury, MA: Jones & Bartlett. 2007
27. Ragazzoni P. et al., *Modelli socio-cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica*, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, Regione Piemonte 2009
28. Rapiti E. et al., *Diseguaglianze socioeconomiche nell’efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio*, Epidemiologia e Prevenzione, 1999, vol. 23
29. Seppilli A., *La rivoluzione della salute: un impegno trentennale* (a cura di G. Medici), Il Pensiero Scientifico, Roma, 1985
30. Soggia M., (a cura di), *Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*, Carocci Editore, Roma, 2011
31. Tamborini S., *Marketing e comunicazione sociale*, Lupetti, Milano, 1996
32. Thackeray R., Neiger B.I., Hanson C.I., Mackenzie J.F., *Enhancing promotional strategies within social marketing programs: use of web 2.0 social media*” in Health Promotion Practice, October 2008

33. Varcoe, J., *Assessing the effectiveness of social marketing*, ESOMAR1–World Association of Research Professionals. 2004
34. Wilkinson R., Picket K., *La misura dell'anima. Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici*, Feltrinelli, Milano, 2009

SITOGRAFIA

1. www.marketingsociale.net/ - Coordinamento Nazionale Marketing Sociale (Italia). Newsletter dell'area di ricerca "Marketing sociale e comunicazione per la salute"
2. www.social-marketing.org/index.html - Social Marketing Institute (USA)
3. www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/marketsoc/ - Health Canada
4. www.nsms.org.uk/public/default.aspx - National Social Marketing Centre (Gran Bretagna)
www.socialmarketing.co.nz - Social Marketing Downunder (Nuova Zelanda)
5. www.ism.stir.ac.uk/ - Institute for Social Marketing (Gran Bretagna)
6. www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/socialmarketing/ - Centers for Disease Control (USA)
7. www.dors.it/marketing_sociale
8. EU Platform of Diversity Charter: www.diversity-charter.com
9. ILO, International Labour Organization: www.ilo.org
10. Eurofound: www.eurofound.europa.eu
11. SDA Bocconi: www.sdabocconi.it/it/sito/diversity-management-lab
12. www.cartapariopportunita.it/approfondire/altre_carte_della_diversita_europee.aspx

Il testo costituisce un'interessante fotografia di come si intende la comunicazione, nella più ampia delle sue definizioni, in campo sociosanitario. Il particolare momento di pubblicazione di questo saggio rende più facile comprendere, anche per il neofita, la "filosofia" sottostante le comunicazioni riguardanti il Covid19 e tutto ciò che in qualche misura era collegato a questo argomento.

Il primo capitolo tratta il tema del marketing e le sue differenziazioni: commerciale, *societal* e sociale.

Nel secondo viene avviata una riflessione sulla comunicazione e sulle campagne di informazione.

Nel terzo capitolo viene trattato il tema del linguaggio e le sue implicazioni nei processi di inclusività.

Dopo le conclusioni, una ricca bibliografia ed anche un elenco di siti web che saranno di grande utilità e supporto per coloro che sono interessati ad introdurre nel settore sociosanitario un marketing adeguato al contesto.

Carlo Scovino vive a Milano e lavora in ambito sociale e formativo da oltre 20 anni. È Referente del Comparto CPS zona 4 dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano. Collabora da molti anni con il Prof. Claudio Mencacci, past president della Società Italiana di Psichiatria. È laureato in Scienze della Formazione e svolge da molti anni un'intensa attività di formazione su temi di carattere sociologico, civile e sociosanitario presso Scuole Medie Superiori, Università, all'estero (in Iraq per conto dell'UNICEF), associazioni del privato sociale e del no-profit. Ha pubblicato numerosi articoli su tematiche sociali, sull'empowerment, sui diritti umani, sulla diversity, sull'inclusion e sull'hate speech ed ha partecipato a numerosi convegni e seminari in Italia e all'estero. Ha pubblicato i seguenti libri: *"Il tempo libero nella disabilità"*; *"Matti per i diritti umani"*; *"Love is a human right"*; *"Questo odio non ti somiglia. Omosessualità in divisa"* (questi ultimi tre patrocinati da Amnesty International); *"Nuovi itinerari educativi e riabilitativi: le sfide della e nella psichiatria"*; *"Le bugie che deludono. Menzogna e vita quotidiana"*; *"Salute mentale: management e organizzazione all'interno del processo riabilitativo-educativo"*. È docente a contratto per l'Università degli Studi di Milano. Ha conseguito la certificazione per il master Monitoring the Human Rights of LGBTI+ Persons e quello per Memory Sites and Human Rights entrambi promossi da Global Campus of Human Rights e dalla Comunità Europea. Ha anche conseguito l'Executive Master di II livello EMMAS (dirigente per strutture sanitarie e socioassistenziali) c/o l'Università Bocconi. È iscritto al Master I livello Management e Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie c/o l'Unitelma Sapienza di Roma.