

ARTICOLI ORIGINALI

I principi del marketing esperienziale applicati alle cure palliative nel contesto hospice



Matteo Beretta¹, Michele Corengia²

(1) Direttore ff SC Cure palliative ASST Vercate/Hospice Giussano

(2) USI Università della Svizzera Italiana, Lugano

Corrispondenza a: Michele Corengia; USI Università della Svizzera Italiana, Lugano; E-mail: michele.corengia@usi.ch

Abstract

Offrire e attribuire valore alle persone: questo è il punto di vista che rende affini il marketing e le cure palliative. Entrambi si preoccupano di mettere al centro la persona e di rispondere ai suoi bisogni. Un approccio di marketing può aiutare le direzioni sanitarie a ottimizzare la progettazione dell'esperienza in hospice e massimizzare la soddisfazione di pazienti e familiari. Questa ricerca presenta per la prima volta un approccio multidisciplinare allo studio dell'esperienza in hospice. Gli autori hanno analizzato i principali attributi esperienziali attraverso un questionario, somministrato a 45 familiari e 21 pazienti presso l'hospice di Giussano (MB). L'analisi, supportata da letteratura psicologica e di marketing, dimostra come sia possibile progettare un'esperienza che, comprendendo raggruppamenti di individui eterogenei, offra un modello di riferimento per agevolare scelte e momenti di valore in hospice. Il risultato finale della ricerca consiste in una progettazione esperienziale modulare che tiene in considerazione le dissimilarità degli individui, esaltandole attraverso dei meccanismi di appropriazione dell'esperienza. L'obiettivo è realizzare la massima personalizzazione possibile e aumentare la riconoscibilità e la conoscenza del servizio a livello locale e nazionale nell'ottica di un'ottimizzazione de-

cisionale nel "customer-patient" journey. La tensione all'unità del sapere è la grande sfida del futuro delle cure palliative. La speranza degli autori è che questa ricerca possa fare da apripista a futuri approfondimenti multidisciplinari nel mondo delle cure palliative.

Parole chiave: esperienza, marketing, viaggio del cliente, viaggio del paziente

The principles of experiential marketing applied to palliative care in the hospice context: managerial and health implications for the future

Offering and giving value to people: this makes marketing and palliative care akin. Both try to focus on people, responding to their needs. A marketing approach can help healthcare departments to optimize the design of the hospice experience and to maximize patient and family satisfaction. This research presents for the first time a multidisciplinary approach to the study of the experience in hospice. The authors analyzed the main experiential attributes through a questionnaire, administered to 45 family members and 21 patients at the hospice of Giussano (MB). The analysis, supported by psychological and marketing literature, shows how it is possible to design an experience that, including groups of heterogeneous individuals, offers a model to facilitate choices and valuable moments in hospice. The result of the research suggests the implementation of a modular experiential design that takes into account the dissimilarities of individuals, exalting them through mechanisms of experience appropriation. The goal is to achieve the highest personalization and to increase the recognition and the awareness of the service at local and national level, improving the decision-making process in the "customer-patient" journey. The tension toward the unity of knowledge is the great challenge of the future of palliative care. The

hope of the authors is that this research can pave the way for future multidisciplinary investigations in the world of palliative care.

Key words: customer journey, experience, marketing, patient journey

Introduzione

Il tema delle cure palliative ha fatto fatica ad insinuarsi nella cultura popolare e ancora oggi permangono gravi problemi in termini di conoscenza e consapevolezza di questa filosofia [1]: tuttavia, data la crescente domanda nel prossimo futuro [1], è fondamentale pensare a come sia possibile generare e trasferire valore in una delle ultime esperienze della vita di una persona. Negli hospice di tutta Italia si cerca di rimettere al centro la persona, il malato e donargli la dignità che merita [2]. La missione è di importanza estrema: è difficile immaginare un contesto in cui la progettazione esperienziale sia più importante. In quanto ultima esperienza nella vita, le aziende ospedaliere dovrebbero concentrarsi e preoccuparsi di offrire un servizio all'altezza delle aspettative e del momento delicato che malato e famigliari vivono. Probabilmente in nessun altro ambito la soddisfazione del "cliente" è così rilevante, poiché la qualità di vita è l'unico asset che si può offrire. In quest'ottica un approccio di marketing è ideale, poiché questa scienza si preoccupa di mettere al centro l'individuo con i suoi bisogni, costruendo e trasferendo un'offerta di valore in grado di migliorare la vita. La presente ricerca si propone di identificare gli attributi dell'esperienza e di proporre un modello in grado di fornire delle linee guida nella costruzione di momenti di valore per pazienti e famigliari in hospice: gli autori credono che la filosofia di marketing e quella delle cure palliative presentino strette affinità, in quanto entrambe mettono le persone al centro, si preoccupano di aggiungere valore alla vita e non si accontentano della quantità di giorni di cui è composta un'esistenza. Gli studiosi di marketing e l'equipe negli hospice approcciano la loro quotidianità con una premessa implicita: scovare dei modi per offrire giorni di qualità alle persone attraverso prodotti, esperienze, servizi, idee ed emozioni. Questa affinità elettiva tra cure palliative e marketing rende quest'ultimo lo strumento perfetto per comprendere l'esperienza in hospice e trovare dei modi per migliorarla. Gli autori sono

consapevoli del fatto che la presente ricerca consta di un questionario non validato e di una selezione non casuale del campione: tuttavia rilevano come il delicato e particolare contesto della stessa, abbia richiesto l'utilizzo di un cosiddetto "campionamento di convenienza" (riscontrabile presso la letteratura di marketing), e che le scale utilizzate siano solitamente utilizzate nelle ricerche di marketing. Gli autori sono altrettanto consci di come un linguaggio tecnico di marketing sia inusuale in una ricerca in ambito di cure palliative, e quindi possa risultare di approccio non immediato; tuttavia si augurano che questa ricerca possa fare da apripista per futuri approfondimenti multidisciplinari nelle cure palliative. Credono infatti che spunti per aggiungere qualità di vita ai nostri giorni, possano arrivare in modo inatteso e da fonti inimmaginabili a prima vista, se il "primum movens" dell'operare trova il proprio fondamento nella tensione all'unità del sapere e nella ricerca del bene del prossimo. Questo scritto... ne è una dimostrazione.

Materiali e metodi

Non esistendo lavori di ricerca che valutino con un approccio sistematico l'esperienza in hospice, si è reso necessario adottare un punto di vista multidisciplinare. L'analisi di alcuni modelli esperienziali (applicati in sanità o in altri contesti) è risultata utile per fornire degli strumenti per capire l'esperienza in hospice; la revisione della letteratura è coincisa con una ricerca sullo stato attuale degli hospice in Italia e ha fornito i primi spunti per sviluppare il questionario oggetto di analisi. Prima di avviare la ricerca su pazienti e famigliari però, è stato condotto un ciclo di interviste con gli operatori dell'equipe dell'hospice di Giussano. Tale analisi preliminare di fattibilità si è ritenuta necessaria, considerando la delicatezza del reparto, ed è stata fondamentale 1) Per identificare definitivamente i driver esperienziali e le domande da sottoporre all'analisi quantitativa tramite questionario, 2) Per evitare di costruire un modulo che urtasse la sensibilità delle persone. L'analisi preliminare di fattibilità ha sottolineato la rilevanza e la fattibilità della ricerca.

Metodo di ricerca e raccolta dati

L'analisi della letteratura e le interviste fatte all'equipe dell'hospice di Giussano hanno permesso di costruire il questionario proposto nel materiale di supporto. Quest'ultimo è stato poi somministrato

a 21 pazienti e 45 famigliari ricoverati presso l'hospice di Giussano nell'arco temporale 26 Luglio 2016 – 3 Ottobre 2016. La campionatura, data la natura del reparto, è stata organizzata in modo da visitare la struttura mediamente due volte a settimana, al Lunedì e al Giovedì/Venerdì. La rilevazione dei dati ha richiesto quindi 70 giorni, di cui 20 passati direttamente in hospice per la somministrazione del questionario. Giornalmente la scelta delle persone a cui sottoporre il questionario è stata effettuata dal direttore dell'unità operativa o dalla coordinatrice infermieristica, in base ai seguenti criteri: condizione sanitaria ed emotiva, tempo medio di ricovero, grado di consapevolezza della propria condizione. I pazienti e i famigliari, così selezionati, sono stati avvicinati dal direttore della struttura, presentando il contenuto della ricerca e chiedendo la disponibilità a rispondere a qualche domanda. I consenzienti (nessuno si è opposto) sono stati lasciati soli con uno degli autori per la somministrazione del questionario. Il tempo medio di risposta a un questionario è stato circa 30 minuti. In alcuni casi si sono sfiorate le due ore, soprattutto con i pazienti che volevano raccontare la propria vita o le proprie emozioni. Il flusso delle risposte non è mai stato continuo, essendo spesso interrotto da riflessioni personali degli intervistati (tranne nei due casi di risposte solitarie). La somministrazione personale del questionario ha permesso di spiegare meglio le domande, aumentando l'accuratezza delle risposte. I dati sono stati registrati dopo le interviste, trasferendo quanto raccolto sul questionario cartaceo nel software SPSS (versione 23). Quest'ultimo è stato utilizzato per svolgere l'analisi quantitativa.

In conclusione, il campione è composto da 66 persone, 21 pazienti e 45 famigliari. Il 66,7% degli intervistati sono donne, il 33,3% uomini. 35 famigliari sono di sesso femminile, 10 di sesso maschile; al contempo 12 pazienti sono uomini, 9 sono donne. Per quanto riguarda l'età dei rispondenti, si è deciso di ricodificare la variabile quantitativa relativa in una qualitativa ordinale con le seguenti classi:

meno di 50 anni (24,2% del campione), 51-60 anni (28,8%), 61-70 anni (13,6%), più di 70 anni (33,3%). Non è stato possibile aggiungere altre variabili socio-demografiche nel questionario per motivi di privacy, nonostante l'anonimia garantita.

Risultati

L'analisi quantitativa è costituita da analisi univariata, bivariata, fattoriale, cluster e regressione lineare. Nel presente articolo sono presentati solo i risultati principali e fondamentali per comprendere la ricerca. Nel materiale di supporto è possibile trovare altre analisi statisticamente significative.

Hospice: il cambiamento della percezione del reparto è possibile

Si noti come la percezione iniziale dell'hospice fosse negativa per il 36,4% del campione (Tabella 10), ma al momento della rilevazione il 93,9% degli intervistati lo percepiva positivamente (solo una persona con percezione iniziale negativa non ha cambiato idea) (Tabella 11). Questo dato supporta l'importanza di avere sufficiente tempo per compiere un percorso all'interno dell'hospice. Se l'equipe ha il tempo di agire, anche le percezioni iniziali negative possono diventare positive. Il Net Promoter Score (un indicatore utile per capire quanto i consumatori siano propensi a raccomandare un determinato servizio o prodotto) è molto elevato, pari a 84,9 (Tabella 14). Questo punteggio sottolinea come i pazienti e i famigliari siano propensi a consigliare l'hospice di Giussano ad altre persone. Il potenziale per un passaparola positivo è, quindi, spiccato anche in una struttura come l'hospice.

Il tabù mentale è presente e impatta sull'esperienza

Dai dati si nota che la variabile "Necessità di riempire tempo in hospice" è un possibile indicatore di paura/tabù mentale. È possibile ricercare nell'analisi altri indizi sulla validità di questa variabile come marcatore di tabù mentale. La Tabella

Tabella 1. Presenza paura/tabù mentale

	Percezione iniziale positiva	Percezione iniziale negativa
Alta conoscenza prima del ricovero	Necessità di attività extra (assenza di tabù, paura per condizioni malato controllata)	Necessità di attività extra (stress elevato per condizioni malato a cui si vuole fuggire)
Bassa conoscenza prima del ricovero	No ad attività extra (sorpresa per il servizio offerto, non si può chiedere di più)	No ad attività extra (presenza di tabù mentale, paura generata sia dalle condizioni del malato sia dal reparto)

28a (in allegato) evidenzia che le persone che sentono la necessità di avere altre attività in hospice per riempire il tempo, hanno mediamente una conoscenza del reparto prima del ricovero maggiore (media 5,13 vs 2,74). Questo dato potrebbe sostenere la tesi secondo cui una maggiore conoscenza tranquillizza le persone che finiscono con l'essere più propense anche a valutare la possibilità di altre attività. In particolare, la Tabella 31a offre un'idea sul tipo di attività privilegiate: interagire maggiormente con le altre persone ricoverate, vivere in camere tematizzate con anche l'utilizzo di più verde, assistere a concerti di musica, mangiare cibo di qualità e raccontare la propria storia e le proprie emozioni a qualcuno. La Tabella 32a evidenzia una leggera propensione di chi vuole altre attività in hospice per raccomandare la struttura ad altre persone. Si noti come chi ammette la necessità di attività per riempire il tempo dia valutazioni più elevate ad iniziative anche distanti dal core concept dell'hospice, come i concerti di musica, idea non particolarmente apprezzata a livello di campione (media 7,90 tra i sì, 6 tra i no e 6,89 nel campione). Le persone che non sentono la necessità di ulteriori attività ritengono più importante il design e il comfort della struttura (driver su cui sono anche mediamente più soddisfatti), l'assistenza dei medici, degli infermieri e degli psicologi, sviluppare una relazione umana con l'equipe e la possibilità di stare 24h su 24 con i propri cari (Tabella 29a). La Tabella 17b informa sulla relazione tra percezione iniziale e propensione a sentire la necessità di ulteriori attività. In particolare, chi ha avuto una percezione iniziale negativa risulta essere più propenso a volere attività extra. Una possibile spiegazione di questa relazione potrebbe essere la seguente: là dove al momento del ricovero sono percepite sensazioni di ansia e angoscia, si ricercano attività con cui riempire il tempo e superare così le emozioni negative. I volontari potrebbero essere un'ottima risorsa in questo senso. Per un'interpretazione più sicura tuttavia, mancano dati statisticamente significativi a supporto di una relazione tra soddisfazione e necessità di altre attività. Tale relazione potrebbe supportare l'idea che un'insoddisfazione di fondo porti alla ricerca di attività extra. Si deve sempre ricordare come i parenti e i pazienti possano vivere la paura per la sorte del malato e, al contempo, il timore della struttura, vista come posto dove "si muore". Questa considerazione impedisce una rigida categorizzazione delle persone in base alla sola variabile "Necessità di attività con

cui riempire il tempo". L'analisi ha cercato di far emergere ulteriori variabili, con risultati però di difficile interpretazione. L'osservazione univariata ha messo in luce come il 51,5% del campione non voglia maggiori informazioni prima del ricovero, a fronte di una conoscenza media dell'hospice bassa. Questo dato si spiega grazie all'incrocio con altre variabili. L'analisi bivariata evidenzia una propensione delle persone con percezione iniziale positiva e livello di conoscenza prima del ricovero più alto (Tabella 16b e 24a in allegato) a non volere ulteriori informazioni. Questo gruppo di persone ha anche un livello di soddisfazione mediamente più alto. La Tabella 25a mostra che chi non vuole più informazioni prima del ricovero ritiene mediamente meno importante l'assistenza degli psicologi. Questi dati danno l'idea che ci sia una relazione tra il livello di conoscenza, la percezione iniziale e la soddisfazione. In effetti, la Tabella 37a evidenzia che una maggiore conoscenza prima del ricovero è associata mediamente a una percezione iniziale positiva. La Tabella 36a, inoltre, sostiene l'idea che chi ha una percezione iniziale positiva è più predisposto ad avere un livello di soddisfazione più alto. Si può concludere, quindi, che una maggiore conoscenza porta a sviluppare una percezione iniziale positiva e, in conclusione, una soddisfazione più alta. Queste persone non vogliono ulteriori informazioni prima del ricovero: si possono ritenere quindi, soddisfatte del livello conoscitivo. Si noti, dalla Tabella 42a che chi ha sempre avuto una percezione positiva è mediamente più soddisfatto rispetto a chi ha cambiato percezione nel corso del ricovero. Da cosa è provocata una percezione iniziale negativa? Ricapitolando: chi ha una percezione iniziale negativa vuole più informazioni preventive, sente la necessità di riempire il tempo in hospice, è meno soddisfatto e ha un livello di conoscenza prima del ricovero più basso. Secondo i dati contenuti in Tabella 40a, una percezione iniziale negativa comporta un minor grado di consenso con le seguenti affermazioni: hospice significa accoglienza, mi trattano come una persona, mi ascoltano, mi rispettano, hospice comunica una sensazione di fiducia, condivido momenti significativi con la mia famiglia e/o con l'equipe. Queste persone si sentono mediamente più spaesate, apprezzano maggiormente l'innovazione del design della struttura, ma meno i momenti di socialità (Tabella 41a). Risultano, quindi, maggiormente chiuse con maggiori difficoltà a percepire l'hospice come un luogo accogliente in cui vivere momenti significativi con gli

altri. Il profilo tracciato segnala la variabile “Percezione iniziale” come un altro possibile marcatore della presenza o meno di paura/tabù mentale. In particolare, a parità di preoccupazione per la propria condizione o per quella del proprio caro, chi entra in hospice con una percezione negativa (ansia e paura) è spaventato dalla struttura e si chiude più su se stesso o sul suo ruolo di caregiver. Non è interessato alla struttura in generale o agli altri, vive una condizione di maggiore insoddisfazione con sensazioni di spaesamento. Apprezza quelle iniziative che possono modificare la percezione della struttura, come design innovativo, camere tematizzate e più verde. La percezione iniziale negativa spinge quindi le persone a volere attività con cui riempire il tempo passato in hospice e rompere il peso della routine: questo punto richiede però un ulteriore chiarimento, alla luce di dati contrastanti. Dapprima si è visto come coloro i quali sentono la necessità di riempire il tempo, abbiano un livello di conoscenza pre-ricovero più alto; al contempo, chi ha una percezione iniziale negativa ricerca attività extra, ma mediamente è meno informato sulla natura del reparto prima del ricovero. Si noti tale incompatibilità dei risultati, che segnala un’interpretazione con sfumature non percepibili dai dati quantitativi. Un’ipotesi potrebbe essere che chi entra in hospice con un’impressione negativa e un basso livello di conoscenza, sia più propenso a chiudersi in se stesso e non voglia attività che lo disturbino; ma che al contempo, ci siano persone con una percezione iniziale negativa ma un livello di conoscenza più alto, che registrano sensazioni di

ansia e paura più per le proprie condizioni cliniche che per la struttura in sé. Non sviluppando una resistenza nei confronti del reparto, queste ultime sono più propense a valutare attività con cui riempire il tempo in hospice. Sotto un altro punto di vista, le persone con una percezione iniziale positiva e una bassa conoscenza prima del ricovero non sentono la necessità di riempire il tempo in hospice poiché probabilmente sorprese dalla qualità del reparto. In tal caso, alle persone potrebbe sembrare di avere già tanto e di non necessitare di ulteriori attività. Al contempo, gli individui con impressione iniziale positiva e alta conoscenza potrebbero essere mediamente più propensi a ricercare iniziative con cui riempire il tempo passato in reparto. Questo gruppo sarebbe quello con il più alto grado di accettazione e, quindi, con assenza di tabù mentale (vedi Tabella 1).

L’analisi condotta mostra l’utilità di conoscere bene il reparto prima del ricovero. Una maggiore consapevolezza della funzione dell’hospice favorisce la formazione di percezioni positive ed indebolisce il tabù mentale, traducendosi in maggior valore e in una più alta soddisfazione. Nel caso in cui la percezione iniziale fosse negativa, si è già visto che l’hospice ha la capacità di cambiare la percezione. Tuttavia, il recupero non è mai totale e le soddisfazioni sono mediamente più basse. Si noti, tuttavia, che chi cambia percezione nel corso del ricovero è più propenso a raccomandare l’hospice ad altre persone (Tabella 4,6a). Questo dato sottolinea nuovamente l’importanza di lasciare sufficiente

Tabella 2. Analisi fattoriale

	Esperienzialità allargata	Attributi sanitari base	Assistenzialità	Esperienzialità ristretta
Attività dei volontari	,859		,303	
Design struttura	,789	,488		
Comfort struttura	,777	,478		
Relazione umana con equipe	,719	,382	,281	,355
Stare sempre in famiglia	,574	,423	,304	,400
Privacy		,740		
Assistenza medici	,424	,540	,385	,343
Assistenza psicologi			,876	
Assistenza 24 ore su 24		,545	,699	,217
Assistenza infermieri	,283	,557	,624	,288
Servizio ristorazione				,962
Comfort camere	,475	,445		,517

tempo all'equipe per lavorare e "recuperare" le persone con percezioni iniziali negative che possono diventare i sostenitori più forti. L'analisi bivariata si è conclusa cercando di indagare la correlazione tra alcune variabili quantitative. Nella Tabella 49 sono riportati i risultati principali. In dettaglio, al crescere della conoscenza prima del ricovero si osserva una crescita della propensione a raccomandare l'hospice ad altre persone. Questo è un dato che mostra ancora il potenziale di un incremento di conoscenza, in grado di preparare psicologicamente chi entra in hospice. Esiste una correlazione positiva tra consigliare il reparto e alcune iniziative particolari, come: concerti, mostre, incontri letterali, attività sociali, feste e utilizzo di maggior tecnologia. Questo dato testimonia che queste attività potrebbero effettivamente stimolare il passaparola positivo e far conoscere di più l'hospice sul territorio. Le prossime analisi spiegheranno meglio come ottimizzare la progettazione esperienziale.

Le tipologie di persone in hospice

L'analisi fattoriale ha permesso di ridurre la complessità dei driver esperienziali, andando a definire un numero di componenti minori in grado di spiegare le scelte e le preferenze di pazienti e familiari. Tale semplificazione è stata propedeutica per la definizione dei cluster, cioè raggruppamenti di persone all'interno del campione con caratteristiche simili. Queste analisi consentono di migliorare la leggibilità del campione. Nell'analisi fattoriale si è optato per definire un numero di com-

ponenti pari a quattro, dopo diversi tentativi. La soluzione a due componenti forniva una difficile interpretabilità dei fattori e presentava dei problemi nell'affinità di alcuni driver esperienziali. L'opzione a tre componenti non permetteva un'interpretazione chiara. Infine, la soluzione a cinque componenti non semplificava sufficientemente gli attributi. È stata preferita la rotazione equamax, poiché offre una migliore interpretabilità delle componenti. Dalla Tabella 50a si possono notare buoni valori delle comunalità (superiori a 0,58). La varianza globale spiegata è alta, pari a 80,4% (Tabella 50b). La matrice delle componenti ruotata ha evidenziato i seguenti fattori: (vedi Tabella 2).

La prima componente è stata chiamata "Esperienzialità allargata". Con questo termine si raggruppano gli attributi che si distanziano di più dall'esperienza base del paziente che vive nella camera e ha, come elemento esperienziale principale, il cibo ("Esperienzialità ristretta", quarta componente). Si noti che sono anche gli attributi più tipici dell'hospice, rispetto agli ultimi due riscontrabili in qualsiasi reparto medico. Il secondo e terzo fattore suddividono il servizio sanitario offerto. Di base le persone si aspettano di ricevere assistenza medica in un reparto ospedaliero, dove la propria privacy sia assicurata. In più, ci sono servizi assistenziali aggiuntivi, come quelli infermieristici e psicologici 24 ore su 24. Le persone si aspettano, una volta ricoverate in un reparto ospedaliero, di ricevere cure mediche, supportate e agevolate da ele-

Tabella 3. Cluster

	Sorpresi	Apprensivi	Consapevoli
Esperienzialità allargata	-0,2053	0,14661	0,32758
Attributi sanitari base	0,69023	0,02948	-0,39196
Assistenzialità	-0,25372	0,32937	0,55276
Esperienzialità ristretta	0,5066	-1,19447	0,61679

Tabella 4. Driver Esperienziali

Driver esperienziali	Beta	Peso percentuale
Servizio ristorazione	0,394	38,59%
Relazione umana con equipe	0,395	38,69%
Design struttura	0,232	22,72%
Totale	1,021	100,00%

menti assistenziali, in primis il personale infermieristico.

Una volta salvati i dati della fattoriale, è stato possibile raggruppare il campione in tre cluster. È stato scelto il metodo di analisi k-means con eliminazione degli outlier. La Tabella 51a mostra quanto i tre cluster ritengano importanti i quattro fattori. Il primo raggruppamento è quello che predilige gli attributi sanitari di base e l'esperienzialità ristretta (pur con minore intensità rispetto al terzo). Questo è il cluster delle persone maggiormente soddisfatte che apprezzano maggiormente le iniziative legate alle attività sociali (tabella 54a e 55a). All'interno ci sono sia pazienti che famigliari. Questo raggruppamento potrebbe essere inteso come quello che pensa all'hospice principalmente come un reparto ospedaliero e per questo ritiene importante la cura medica e attributi legati al paziente in senso stretto. Facendo un confronto con altri reparti, si sorprendono del servizio all'hospice. Il secondo cluster ritiene importante tutto, tranne l'esperienzialità ristretta. È il gruppo meno soddisfatto, meno propenso a condividere elaborati al di fuori dell'hospice, alla ricerca di più tempo per parlare con l'equipe e di maggior sorveglianza (Tabella 53a, 54a e 55a). I famigliari si concentrano maggiormente in questo cluster (Tabella 52a). Potrebbe essere interpretato come il raggruppamento dei più esigenti ed apprensivi, maggiormente preoccupati dalla condizione propria o di quella del proprio caro. Infine, il terzo cluster ritiene molto importante l'esperienzialità ristretta e allargata e l'assistenza. Non si preoccupa, quindi, degli attributi sanitari di base. I pazienti sono maggiormente concentrati in questo gruppo, che è quello più propenso a condividere pubblicamente la propria storia e che ricerca il design innovativo, le camere tematizzate e l'uso di tecnologia e verde all'interno del reparto (Tabella 52a, 53a, 55a). Questo potrebbe essere il cluster di chi è più consapevole della propria condizione o di quella del proprio caro e, quindi, non si preoccupa tanto di quanto possano fare i medici quanto di vivere o far vivere al meglio gli ultimi istanti (vedi Tabella 3).

All'interno dell'hospice esistono, quindi, modi diversi di vivere l'esperienza: più privati ed essenziali, oppure più sociali e comprensivi di altre attività. Ovviamente molto dipende dalle inclinazioni personali, come anche dal grado di accettazione della propria condizione, dalle aspettative che si

legano con le percezioni iniziali e dalla conoscenza prima del ricovero.

Gli attributi di maggior impatto sulla soddisfazione percepita

La regressione lineare multipla ha permesso di individuare i driver esperienziali maggiormente impattanti sulla soddisfazione globale. L'analisi è stata condotta con metodo stepwise e livello minimo di significatività per inserimento variabile pari a 0,08. Il modello n. 3 presenta tre variabili come maggiormente impattanti sulla soddisfazione globale: servizio di ristorazione, relazione umana con equipe e design della struttura. Tutte le variabili hanno una significatività accettabile. La bontà del modello è accettabile: l'indice R quadro è pari 0,747 (vedi Tabella 4).

Il driver esperienziale più importante è la relazione umana con l'equipe, dato significativo alla luce della condizione dei malati in questo reparto e della filosofia delle cure palliative. Di poco inferiore è il peso percentuale del servizio di ristorazione, secondo driver esperienziale da tenere sotto controllo nella progettazione esperienziale. Aspetto da tenere in considerazione è che il cibo è consegnato anche ai famigliari presenti in camera e, quindi, potrebbe impattare anche sulla loro soddisfazione. L'ultimo driver esperienziale maggiormente impattante è il design della struttura, cioè come l'hospice appare a prima vista. Questo attributo è molto importante non solo poiché lavora sulla soddisfazione, ma anche per l'inevitabile impatto sul tabù mentale e sulla percezione iniziale di pazienti e famigliari.

Discussione: come le Direzioni Strategiche Aziendali possono valorizzare i dati riportati

Alla luce dei risultati, come è possibile valorizzare queste strutture? Le direzioni strategiche aziendali possono lavorare con due leve: progettazione esperienziale e comunicazione. Il primo blocco di azioni deve avere come obiettivo quello di portare ed esaltare la vita in hospice. La progettazione esperienziale si suddivide in due fasi. Data la complessità dell'argomento, le direzioni strategiche dovrebbero prevedere delle figure apposite, come gli Experience Product Manager [3] [4], per gestire tale progettazione.

La presente discussione verte sui risultati ottenuti grazie ai questionari raccolti e si struttura pren-

dendo contenuti dal mondo del marketing esperienziale. Laddove sono presenti termini nuovi, sono stati inseriti gli autori di riferimento. Invitiamo i lettori a consultare il materiale di supporto, qualora si volesse approfondire qualche punto in merito.

La costruzione della piattaforma esperienziale in hospice

La struttura e il servizio andrebbero progettati seguendo le linee guida offerte dal marketing esperienziale. Il prerequisito fondamentale è ricordare sempre che la persona è al centro: questo è il core delle cure palliative. Se la dignità e l'identità dell'uomo non sono rispettate, qualsiasi progetto esperienziale fallirà. Una volta che questo aspetto è assicurato, si può procedere con la costruzione della piattaforma esperienziale secondo i seguenti criteri.

Tematizzazione ([5] [6] [7])

Si è visto come il terzo driver che impatta maggiormente sulla soddisfazione sia il design della struttura. Questo è un attributo fondamentale su cui lavorare, perché favorisce un'esperienza migliore e, al contempo, potrebbe essere utilizzato per far conoscere l'hospice alle comunità locali. In tal senso la riprogettazione delle strutture con più verde e ambientazioni non ospedaliere è il mezzo per creare ambienti domestici, in cui le persone si possano sentire a casa. Inoltre, l'implementazione di camere tematizzate secondo i principi della cromoterapia, aromaterapia e musicoterapia è un'altra leva per favorire una tematizzazione domestica [8]. Il servizio di ristorazione è il driver più facilmente modificabile nel breve periodo ed è quindi da valutare con attenzione, dato anche l'impatto che ha sulla soddisfazione globale. La collaborazione con scuole o ristoranti del territorio consentirebbe di offrire cibo di maggior qualità e più lontano dall'idea di nutrimento ospedaliero, migliorando l'esperienza e diffondendo la conoscenza del reparto. Si noti come le iniziative che impattano sulla tematizzazione abbiano raccolto il consenso del campione.

Stimolazione dei sensi e dell'immaginario ([5] [6] [7])

Gli stessi driver esperienziali devono essere curati per stimolare i sensi delle persone (cibo e camere tematizzate in particolare) e dell'immaginario. Il contatto con la quotidianità e con la vita prima della malattia non si deve perdere, per quanto possibile.

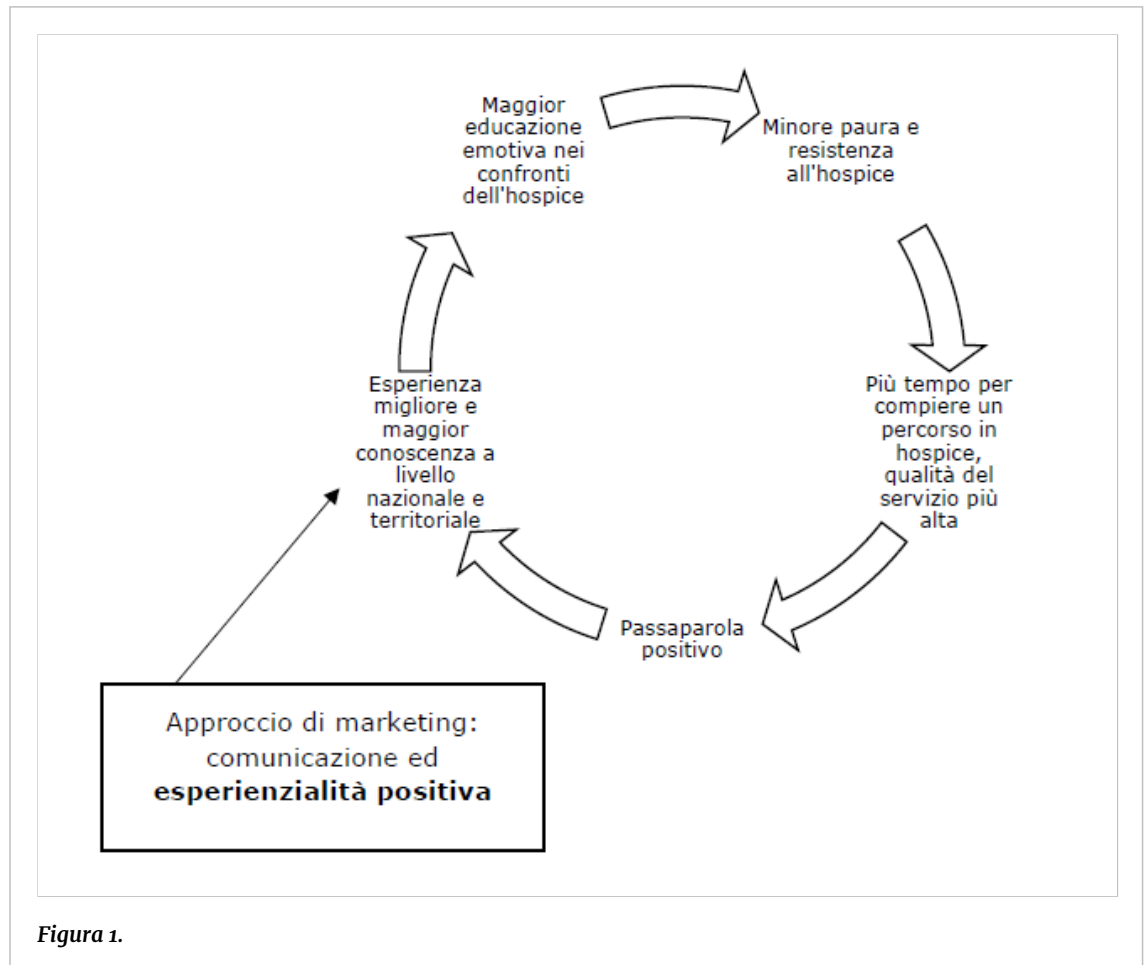
Questi sono i due aspetti su cui l'equipe dell'hospice può e deve lavorare maggiormente e su cui si possono implementare delle attività specifiche. L'organizzazione di concerti di musica, di eventi artistici, incontri letterari e/o feste durante alcune festività sono esempi di iniziative che lavorano sull'immaginario e che possono ricondurre le persone alla normalità della vita, nonostante la malattia.

Securizzazione e protezione ([5] [6] [7])

È fondamentale offrire una piattaforma sicura e priva di elementi di disturbo e incoerenti con l'autenticità dell'hospice in modo da favorire la fruizione di un'esperienza positiva.

Raccomandazione generale

Nella costruzione della piattaforma esperienziale si deve prestare attenzione alla peculiarità delle persone ricoverate e alle loro differenze. L'analisi ha dimostrato la presenza di preferenze diverse tra sottogruppi. L'applicazione del modello duale è, quindi, necessaria (7). Un concerto di musica, la festa per una ricorrenza, una mostra artistica o un evento letterario sono iniziative altamente discusse dal campione. Per alcune persone sono idee piacevoli, per altre possono risultare inautentiche e fastidiose. Si deve trovare il giusto punto di equilibrio tra questi due estremi, valutando l'implementazione di un'iniziativa che benefici porta e che problemi crea. In quest'ottica, l'hospice dovrebbe prevedere una modulazione di servizi e aree attivabili su richiesta delle persone. L'organizzazione di un concerto di musica classica nell'area comune potrebbe coinvolgere solo chi ha voglia e può recarsi nel soggiorno, senza disturbare gli altri ricoverati. L'iniziativa non esisterebbe quindi per tutti, ma solo per chi la "attiva", con una determinata azione, in questo caso: recarsi nell'area comune. Questa soluzione permette una personalizzazione estrema, ma richiede una progettazione della struttura coerente, e quindi, modulare. Se il suono proveniente dal soggiorno fosse udibile nelle camere, potrebbe infastidire qualcuno. Un altro aspetto da considerare nella progettazione della struttura è l'allargamento proposto da alcune iniziative. Una mostra artistica può essere fatta per intrattenere gli ospiti dell'hospice, ma anche per attirare persone da fuori, che devono avere un'area in cui poter stare senza invadere il reparto e figurare come elementi di disturbo.



L'abbattimento del tabù mentale

Tutta la progettazione esperienziale potrebbe fallire, qualora le persone entrassero in hospice con un forte tabù mentale e una percezione iniziale negativa. In tal caso esse sarebbero portate a chiudersi nella propria sofferenza, non cogliendo la possibilità di attivare i moduli esperienziali. Si è visto come l'equipe possa agire da guida e recuperare queste persone; a patto che ci sia sufficiente tempo per farlo. Nonostante ciò, la soddisfazione sarà mediamente inferiore; questo inficia l'obiettivo dell'hospice, cioè la massimizzazione del valore trasferito nell'ultima esperienza della vita di un nucleo familiare. È fondamentale quindi, applicare il secondo blocco di azioni relative alla diffusione di conoscenza. L'obiettivo di queste operazioni deve essere quello di far sapere cosa "hospice" significhi, ovvero la possibilità di una vita di migliore qualità. Il dialogo con gli altri reparti, con le comunità locali e con tutte le persone a livello nazionale, deve fronteggiare la scaramanzia delle persone e deve trovare un modo efficace per farlo. Non è negli obiettivi di questo lavoro indagare come costruire una comunicazione efficace per l'hospice:

tuttavia, si suggerisce di far conoscere sul territorio ciò che questo reparto realmente fa e come lo fa. In questo senso la progettazione esperienziale è un'arma potente grazie alle attività e iniziative in grado di allargare l'esperienza e di pubblicizzare il servizio gratuitamente, lavorando in particolare sul passaparola, come confermato dal campione. Riguardo ciò, il racconto è il mezzo più realistico ed empatico per favorire la diffusione di consapevolezza. Si ricordi che una maggior conoscenza prima del ricovero stimola una percezione iniziale positiva, una maggiore soddisfazione, e quindi un passaparola positivo. Progettata un'esperienza in grado di massimizzare il valore per pazienti e familiari e in grado di far parlare di sé, sarà possibile attivare il circolo virtuoso. L'educazione emotiva sarà maggiore, e la paura nei confronti dell'hospice sarà più bassa: questo consentirà di avere più tempo per il percorso in hospice, perché le persone saranno meno spaventate e titubanti nel consigliare e/o valutare questa opzione, che sarà ponderata nei tempi corretti. La problematica dei tempi di ricoveri è causata da molteplici fattori: sottodimensionamento del personale, liste d'attesa, fattori burocratici, relazione con altri reparti (viaggio del pa-

ziente), resistenza da parte di pazienti e famigliari. Se su quest'ultimi si può lavorare con le leve sopracitate, gli altri aspetti devono essere oggetto di un'ulteriore analisi. Si noti che maggior tempo d'azione significa per l'equipe meno stress e la possibilità di applicare un percorso di cura personalizzato in grado di modificare le percezioni negative in positive. Inoltre, concedere più spazio di azione alle equipe sarebbe anche un modo per riconoscere il loro lavoro. Più tempo equivarrebbe a una maggior qualità del servizio, quindi ad una soddisfazione maggiore e, come testimoniato dai dati, a un passaparola in grado di diffondere ulteriormente la conoscenza. L'hospice, per l'attività svolta e grazie alla progettazione esperienziale proposta,

potrebbe essere un precursore e un punto di riferimento nella lotta contro il tabù mentale della morte. Quanto visto fino ad ora, può essere riassunto nel seguente modello, che può essere utilizzato come mappa concettuale nella progettazione esperienziale in hospice e che rappresenta il cuore della nostra ricerca (Figura 1).

Approfondimento

- [Allegato_Appendice_A.pdf](#)
- [Allegato_Bibliografia.pdf](#)
- [Allegato_Figure.pdf](#)
- [Allegato_Tabelle.pdf](#)

Bibliografia

[1] Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. 8° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. In: Convegno in occasione dell'XI Giornata nazionale del malato oncologico. Roma, 12-15 Maggio 2016

[2] www.sicp.it (ultimo accesso: 11 Luglio 2016)

[3] Edelman DC, Singer M. Competing on customer journeys. Harvard Business Review 2015;1(93): 89-100

[4] Buccoliero L, Bellio E, Mazzola M, et al. Come progettare esperienze "indimenticabili" per il paziente: marketing esperienziale. In: Sanità Digitale e Marketing: Riposizionare i servizi per riprogettare l'esperienza del paziente. Quaderni dell'Osservatorio Health e-Sanit@, CERMES, Università Bocconi, Milano 2015

[5] Carù A, Cova B. Revisiting consumption experience: a more humble but complete view of the concept. Marketing Theory 2003;3(2):259-278

[6] Carù A, Cova B. Consumer immersion in an experimental context. In: Consuming Experience. Routledge 2007

[7] Carù A, Cova B, Maltese L. Un approccio duale al marketing esperienziale: divertimento e approfondimento nell'immersione. In: Mercati e Competitività 2008;4:17-40

[8] Mcgilvery C, Reed J. A complete guide to Aromatherapy. Lorenz Books, New York 2001