

APPROCCI KNOWLEDGE-BASED ALLO SVILUPPO DI NUOVI PRODOTTI NEI MERCATI INDUSTRIALI

Anna Codini*

Abstract

Knowledge-based approaches to new product development in industrial markets

The studies dealt with dynamic capabilities identified in the ability of knowledge acquisition, integration and dissemination, especially with reference to the knowledge learned in the past processes of new product development, the main feature of the company which wants to launch new successful offerings in the short time and has the need to maintain this ability in the long term too.

This paper aims to verify, through the qualitative methodology of case study, the existence of similarities among entrepreneurial practices and literature, especially with reference to the importance of knowledge management in new product development and to find out which are the specific instruments more or less innovative used in practice to stimulate the knowledge creation, integration and diffusion.

Parole chiave: Innovazione di prodotto, acquisizione di conoscenza, condivisione di conoscenza, sedimentazione di conoscenza, network, industrial markets

Riassunto

Il filone di studio dedicato alle cosiddette *dynamic capabilities* identifica nella capacità dell'organizzazione di far emergere conoscenze acquisite in passato, integrare conoscenze esterne e diffonderle al proprio interno il requisito essenziale dell'impresa che si preoccupa non solo di lanciare nuovi prodotti spot, ma anche di conservare tale abilità nel lungo periodo.

Obiettivo del presente lavoro è quello di evidenziare, attraverso lo studio qualitativo di due casi aziendali, eventuali analogie fra prassi e letteratura, specie in merito alla

* Università degli Studi di Brescia, Contrada Santa Chiara 50, 25122, Brescia, Telefono: + 039.030.2988683, E-mail: codini@eco.unibs.it.

servizi di continuità assistenziale. In quanto utenti consapevoli dell'offerta esistente e attivi nella ricerca della soluzione ottimale ai loro problemi, i componenti di tale gruppo potrebbero aver valutato la consulenza fornita dal MCA come approssimata, rispetto ad informazioni puntuali reperibili ad esempio da un professionista più vicino al contesto socio-culturale del paziente (come è il caso del MMG/PLS).

5. Le strategie di azione

Sulla base delle indicazioni fornite dalla segmentazione vengono di seguito proposte alcune linee d'azione discusse con il management sanitario delle ASL toscane, che potrebbero incrementare la capacità di risposta agli specifici bisogni dei segmenti analizzati, nonché garantire una maggior equità, appropriatezza ed accessibilità dei servizi erogati.

Particolarmente rilevanti ed efficaci dovrebbero essere le strategie verso i primi due segmenti (i "modesti" ed i "coscienti e sostenuti") che, oltre ad essere i più ampi, sono anche quelli più esposti ai rischi di salute. Per quanto riguarda il primo gruppo, considerando le problematiche emerse nella manifestazione dei bisogni di salute e nell'accesso ai servizi, potrebbero essere molto indicate delle azioni soprattutto di tipo preventivo. Nella fattispecie, attraverso l'attivazione di registri per patologie croniche come l'ipertensione o il diabete (in via di implementazione ad esempio nel contesto toscano), si riuscirebbe a monitorare in modo puntuale l'evoluzione clinica degli assistiti più a rischio. Di conseguenza il personale del distretto, in collaborazione con la medicina di base, sarebbe in grado di intercettare e guidare più facilmente in modo proattivo quei pazienti che non riescono o non possono interpretare pienamente la natura e le dinamiche della loro patologia ed a gestire le necessarie fasi del proprio iter diagnostico-terapeutico. Tale strategia potrebbe essere rafforzata da uno specifico schema di incentivazione per i professionisti coinvolti.

Anche se le azioni ipotizzate sarebbero ugualmente applicabili ai "coscienti e sostenuti", vista la criticità delle loro condizioni di salute, per tale gruppo uno sforzo attivo e continuativo del MMG e degli operatori distrettuali potrebbe essere non indispensabile, considerata la loro maggior consapevolezza sui propri bisogni di salute ed il loro utilizzo di un miglior network socio-sanitario. In tal caso, il ruolo del medico potrebbe maggiormente orientarsi sull'individuazione del reale fabbisogno assistenziale del paziente, finalizzato alla costruzione di uno specifico percorso diagnostico-terapeutico o all'orientamento verso percorsi già esistenti. Una funzione cioè più focalizzata sulla "consulenza" e sulla supervisione di pazienti che, inseriti in un corretto iter assistenziale e "attivati" da azioni di em-

powering, potrebbero essere in grado di orientarsi in maniera più autonoma tra i servizi di cui necessitano.

Diverse invece potrebbero essere le implicazioni per il segmento degli esperti. In quanto meno affetti da patologie croniche, è probabile che tali utenti entrino in contatto coi servizi sanitari per problemi più occasionali, con una maggiore frequenza d'accesso che è dovuta non tanto da bisogni di salute più critici quanto piuttosto da una migliore conoscenza del sistema d'offerta e da una maggiore abitudine ad un utilizzo indipendente di quest'ultima, anche se non necessariamente appropriato. Perciò, più che della guida proattiva o del supporto di un referente sanitario per la corretta adesione a percorsi diagnostico-terapeutici, tale raggruppamento potrebbe trarre maggior beneficio da informazioni più tempestive ed esaustive sulla specifica offerta oggetto d'interesse e sul suo utilizzo appropriato, che includano, ove presenti, gli eventuali provider presso i quali sia possibile ottenere alternativamente una determinata prestazione. In tal modo, potenziando la capacità di scelta del gruppo e responsabilizzandolo sul corretto utilizzo delle risorse, verrebbe anzitutto semplificato il processo di ricerca da parte del paziente del provider più adeguato alla risoluzione di un determinato problema, con un ulteriore miglioramento del suo livello di soddisfazione, dovuto all'incremento del proprio potere decisionale nel processo di cura.

Per quanto riguarda il segmento degli "evoluti", non sembrano prioritarie particolari strategie oltre a quella di contenimento dell'utilizzo improprio dei servizi sanitari. Difatti, oltre all'indipendenza nel contatto col sistema d'offerta, il gruppo lascia anche supporre una buona autonomia nell'individuazione del miglior provider, con un conseguente sovra utilizzo dei servizi in mancanza di comportamenti responsabili. In aggiunta al fondamentale ruolo di gatekeeping che dovrebbe esser svolto dal MMG, azioni correttive potrebbero anzitutto riguardare delle campagne di comunicazione, sia a livello distrettuale, sia a livello di medicina generale, vista la ricettività del gruppo al materiale informativo. L'età relativamente bassa del segmento lascia inoltre ipotizzare una maggior possibilità di incidere sui comportamenti dei suoi componenti, che potrebbero esser corretti tramite opportune iniziative formative.

Conclusioni

L'analisi effettuata conferma che i livelli di soddisfazione dell'utenza, calcolati nel loro valore medio, non sono sufficienti a fornire un'esatta valutazione dei servizi sanitari erogati. I giudizi di soddisfazione dovrebbero essere analizzati tenendo conto dell'esperienza di servizio vissuta dagli utenti e delle loro peculiari caratteristiche. Reinterpretando infatti il concetto dal punto di vista teorico, Borgonovi (2002) ricorda che la soddisfazione - considerata espressione della qualità - dipende dalla natura dei gap

punto di debolezza delle prestazioni erogate nei distretti sociosanitari. Per quanto non entusiasti, essi risultano tendenzialmente soddisfatti dei servizi, mentre assegnano alla guardia medica dei giudizi leggermente negativi, in linea con quelli del secondo gruppo. Dal punto di vista socio demografico, tale segmento non presenta delle forti discontinuità rispetto agli altri. Volendone infatti sintetizzare le peculiarità, potrebbe esser definito come un' "evoluzione socio demografica" del secondo raggruppamento. Rispetto agli altri gruppi appena descritti, esso ingloba una maggiore percentuale di utenti giovani, con un livello di istruzione superiore, meno affetti da patologie croniche e facenti parte di famiglie con un numero anche elevato di componenti. Anche in questo caso, sono minori le percentuali di pensionati, con una maggiore presenza di professionisti mediamente qualificati e di artigiani. Il gruppo mediamente ha utilizzato i distretti sociosanitari dalle 2 alle 4 volte l'anno per motivi legati, oltre alle attività diagnostico/terapeutiche, anche ad aspetti amministrativi (ad es.: rinnovo della patente, visita per porto d'armi, ecc). Quest'ultimo dettaglio contribuisce a spiegare le ragioni del maggior contatto del gruppo con operatori di tipo amministrativo. Nel caso specifico infatti, l'interazione con tali professionisti non sta a significare – come detto per il primo gruppo – un prezzo pagato per l'insufficiente conoscenza del sistema d'offerta ma risulta piuttosto legato all'utilizzo dei servizi sopraccitati.

Un'eventuale spiegazione dell'insoddisfazione di tale gruppo verso la componente umana dei servizi distrettuali potrebbe basarsi sulla percezione della qualità dei servizi sanitari. Il livello socio-culturale del segmento e la discreta frequenza d'utilizzo dei servizi da parte dei suoi componenti lascia infatti immaginare un'elevata conoscenza delle caratteristiche del sistema d'offerta – da qui il titolo "esperti". Di conseguenza è plausibile che tali individui possano percepire il solo servizio, al netto della componente umana, soprattutto come un mero contenitore. Per essi cioè, eventuali anomalie o variazioni nei risultati finali delle prestazioni, imputabili anche a fattori esterni a queste ultime, sono comunque riconducibili alla qualità professionale degli operatori. Lo stesso approccio potrebbe valere per la gentilezza del personale, nell'ipotesi in cui, a causa di una scarsa empatia, si possano perdere delle occasioni per attenuare parzialmente l'insoddisfazione degli utenti da eventuali disservizi.

Relativamente infine alla continuità assistenziale, le considerazioni effettuate per il segmento precedente sono estendibili anche in questo gruppo. Unica evidenza a sostegno della capacità del gruppo di gestire meglio i propri bisogni di salute sta nelle motivazioni alla base dell'utilizzo del PS dopo il consulto del MCA. In tal caso, infatti, i pazienti non si sono mai rivelati insicuri sulla natura del loro problema dopo l'interazione con la guardia medica, segno di una maggior capacità di interpretare correttamente i propri sintomi.

Segmento 4: gli evoluti

L'ultimo raggruppamento individuato presenta alcune caratteristiche atipiche rispetto ai segmenti già commentati. In proporzione agli altri gruppi infatti, la sua ampiezza risulta alquanto limitata. Nonostante ciò gli appartenenti al gruppo hanno assegnato ai 3 fattori dei valori estremamente distintivi, tali da rendere il gruppo incompatibile per un'eventuale inclusione in uno dei 3 segmenti precedentemente descritti. Gli utenti del segmento hanno assegnato dei valori molto positivi sia ai servizi che al personale dei distretti socio-sanitari, conferendo però alla continuità assistenziale dei valori estremamente negativi.

Il gruppo si caratterizza per la più alta percentuale di utenti molto giovani, e per essere tra tutti e quattro quello col più alto livello di istruzione. Al suo interno inoltre son presenti, in misura 2 volte superiore rispetto agli altri gruppi, professionisti altamente specializzati e tecnici, mentre dimezzata risulta la proporzione di pensionati. I suoi componenti sono quelli meno condizionati da patologie croniche ed infine quasi il 50% di essi vive in famiglie con più di 3 componenti.

Tali caratteristiche lasciano dunque supporre per i componenti del segmento una buona capacità di interpretazione dei bisogni di salute, un'elevata conoscenza del sistema sanitario, nonché la capacità di individuare autonomamente l'offerta migliore. Da ciò consegue un alto utilizzo delle strutture distrettuali (il più alto di tutti i gruppi) per questioni non strettamente di carattere sanitario (alta percentuale di vaccinazioni effettuate e di servizi amministrativi utilizzati rispetto agli altri gruppi) e con tempi e modalità discrezionali (bassa adesione alle lettere d'invito della AUSL ma elevato utilizzo del MMG/PLS e dell'iniziativa personale). Date dunque tali caratteristiche, con l'aggiunta di una significativa esperienza verso i servizi in questione, tale segmento potrebbe esser rappresentativo degli utenti "evoluti".

Le valutazioni fornite sulla qualità dei servizi non collimano però con le ipotesi formulate per gli altri gruppi. Ad un aumento della conoscenza e dell'esperienza in merito alle caratteristiche dell'offerta è stata infatti ipotizzata una maggiore enfasi verso le performance della componente umana del servizio (vedi segmento 3). Diversamente dalle aspettative però, i giudizi forniti sul personale non risultano in tal caso negativi. Ciò potrebbe dipendere dal minor utilizzo da parte degli utenti di servizi a maggior complessità (e conseguentemente a più alto tasso di variabilità in termini di prestazioni professionali), come nel caso della diagnostica, a favore di prestazioni meno problematiche, come i servizi di vaccinazione ed i vari servizi amministrativi.

In linea invece alle ipotesi stilate per i segmenti precedenti, le caratteristiche del gruppo sostengono i giudizi estremamente negativi assegnati ai

Tab. 3 - Caratteristiche dei segmenti (Segue)

	Modesti	Coscienti e sostenuti	Esperti	Evoluti
N° ACCESSI AL DISTR. (%)				
Una	32,0	27,2	26,4	23,5
Due	27,1	26,7	31,6	23,5
Da tre a quattro	22,1	27,7	25,6	23,5
Cinque e oltre	18,8	18,4	16,4	29,6
CHI HA ORIENTATO AL DISTR. (%)				
Di iniziativa personale	18,9	15,1	18,5	16,0
Familiare/Amico	0,6	0,3	0,6	0,0
MMG/PLS	65,3	74,2	70,8	77,8
Medico ospedaliero	4,5	3,2	2,4	1,2
Specialista privato	2,1	2,2	1,1	1,2
Operatore dei servizi sociali	0,1	0,0	0,0	0,0
Lettera d'invito della ASL	8,5	5,0	6,6	3,7
SERVIZI UTILIZZATI NEL DISTR. (%)^a				
Visita Specialistica	20,9	23,5	21,5	23,9
Esame diagnostico	68,5	69,2	67,7	62,5
Assistenza domiciliare	0,6	0,2	1,2	2,3
Aspetti amministrativi	6,4	6,1	7,3	6,8
Consultorio	0,9	0,0	0,2	0,0
Vaccinazioni	2,6	1,0	2,1	4,5
PERS. CONSULTATO NEL DISTR. (%)^a				
Amministrativo	30,3	28,8	33,9	37,8
Sociosanitario	69,7	71,2	66,1	62,2
CONSULTO MCA (%)				
Si	11,5	14,2	15,1	100,0
FORMA CONSULTO MCA (%)				
Consultazione telefonica	17,6	12,6	11,3	38,3
Visita domiciliare	64,4	62,2	60,0	39,5
Visita ambulatoriale	18,0	25,2	28,8	22,2
USO PS DOPO CONSULTO MCA (%)				
Si	17,6	20,7	23,8	45,7
PERCHÉ PS DOPO CONSULTO MCA (%)				
Indirizzato da MCA	85,7	73,9	78,9	45,2
Insoddisfatto da assistenza MCA	7,1	17,4	21,1	48,4
Per ulteriore conferma diagnosi/cura	7,1	8,7	0,0	6,5

MMG: Medico di medicina generale; PLS: Pediatra di libera scelta; MCA: Medico di continuità assist.le.

^a Le percentuali si basano sulle risposte.

Segmento 1: i modesti

Dei quattro gruppi creati, questo segmento racchiude il maggior numero di intervistati. I suoi componenti hanno assegnato dei giudizi positivi a tutti e tre i fattori. Essi risultano piuttosto soddisfatti dei servizi dei distretti sociosanitari ma hanno riportato valutazioni positive anche sul personale di tali strutture e sui servizi di continuità assistenziale. Rispetto agli altri, il segmento presenta la più alta percentuale di persone anziane, in possesso della sola licenza elementare o senza alcun titolo di studio e la più alta proporzione di pensionati. Esso inoltre raccoglie la più alta percentuale di malati cronici e di utenti che vivono da soli o al massimo insieme ad un'altra persona. Tra tutti i gruppi, questo segmento è stato quello che si è recato con minor frequenza presso i distretti sociosanitari.

Per quanto gli appartenenti al segmento siano quelli che, rispetto agli altri, si sono recati in maggior misura al distretto su iniziativa personale, è molto improbabile che tale comportamento dipenda da un atteggiamento proattivo nella ricerca del provider, ma sembra piuttosto connesso all'incapacità di utilizzare al meglio i servizi sanitari di prossimità, quali il MMG/PLS (con i più bassi tassi di utilizzo rispetto agli altri gruppi), per l'ottenimento di specifici consigli ai propri problemi e soprattutto per una cura della propria salute basata sulla prevenzione e sull'assistenza programmata.

In generale, gli utenti inclusi nel segmento sembrano piuttosto fragili, confusi rispetto all'offerta sanitaria esistente e tendenzialmente incapaci di convertire i loro bisogni in domanda. Non stupisce dunque la loro più alta adesione ai vari programmi sanitari promossi tramite lettere d'invito delle aziende sanitarie, percepite probabilmente come "proposta inderogabile" da parte dei tutori della salute, o alternativamente come "opportunità irripetibile".

Le caratteristiche del segmento sinora descritte lasciano ipotizzare che i giudizi positivi assegnati ai servizi in questione potrebbero derivare dal conseguimento, da parte degli appartenenti al gruppo, di risultati superiori alle loro aspettative. Per tale motivo il cluster è stato appunto chiamato "dei modesti". Gli elementi a sostegno dell'elaborazione di magre aspettative da parte del segmento sono diversi: in primo luogo, la scarsa esperienza dei suoi membri nell'utilizzo appropriato dei servizi distrettuali; secondo, le loro condizioni di salute precarie (ma non gravi) e probabilmente soddisfatte spesso in passato in maniera sub ottimale, a causa sia del loro stato di marginalità sociale sia dello svantaggio culturale nella ricerca della migliore soluzione ai propri bisogni.

Considerazioni analoghe valgono per i servizi di continuità assistenziale. A causa delle peggiori condizioni di salute rispetto agli altri gruppi, il segmento è stato quello che maggiormente ha utilizzato le visite a domici-

lio come forma di consultazione della guardia medica. A ciò sono conseguiti i più bassi accessi in PS dopo il consulto col MCA, derivati non tanto dall'insoddisfazione riposta verso l'operatore o dal desiderio di ottenere ulteriori rassicurazioni, ma dal suggerimento ricevuto dal medico, motivato probabilmente da una reale necessità di diagnosi o trattamenti più intensivi. L'alto livello di fiducia probabilmente riposta dagli utenti nell'operatore sanitario ha dunque determinato gli alti livelli di soddisfazione per il servizio. In tal caso, perciò, è improbabile l'effettuazione di accessi impropri in PS da parte del segmento, a causa della difficoltà nei suoi componenti di ipotizzare l'esistenza di diagnosi alternative ai loro sintomi rispetto a quella fornita dal MCA.

Segmento 2: i coscienti e sostenuti

Gli appartenenti a questo segmento hanno assegnato delle valutazioni positive al personale dei distretti socio-sanitari ma non risultano affatto soddisfatti dei servizi erogati in tali strutture. Essi inoltre hanno evidenziato delle perplessità nei confronti del servizio di continuità assistenziale.

I bisogni di salute di tale gruppo, per quanto meno complessi, non sembrano discostarsi di molto da quelli del segmento precedente. In comparazione agli altri gruppi infatti, la percentuale di malati cronici risulta essere abbastanza alta, giustificata dall'alta percentuale di individui sopra i 50 anni. Ciò che invece differenzia il segmento dal precedente sembra essere una maggior consapevolezza sui propri bisogni di salute e la possibilità di disporre di una migliore rete di contatti socio-sanitari che favorisca l'interazione dei pazienti in questione con i servizi distrettuali. Da ciò l'appellativo "coscienti e sostenuti".

A conferma della maggiore capacità del segmento di comprendere i propri bisogni di salute, sono le informazioni sui loro titoli di studio che, rispetto al gruppo precedente, risultano maggiormente posizionati su livelli di istruzione intermedi ed elevati. Anche sotto l'aspetto lavorativo, nel segmento sono maggiormente presenti professionisti molto ed abbastanza qualificati, ed è decisamente minore la percentuale di pensionati.

Evidenze a favore della migliore rete di contatti di cui tale gruppo dispone risiedono innanzitutto sulla numerosità del loro nucleo familiare, composto (con la percentuale più alta tra vari segmenti) da 3 persone e (con buone percentuali) anche da più individui. Tale supporto, insieme ad una situazione culturale che consente una conoscenza generale – seppur approssimata – del sistema, giustificano il grande ricorso, rispetto agli altri gruppi, al MMG/PLS come intermediario per l'utilizzo dei servizi distrettuali.

I discreti bisogni sanitari del segmento, assieme alla conoscenza di sufficienti modalità e mezzi per il loro appagamento, si sono necessariamente

tradotti in più accessi annui ai servizi distrettuali (con la più alta percentuale di 3-4 accessi annui). Una proxy del bisogno di cure si rileva anche dalla più grande percentuale di personale sociosanitario consultato. Ciò inoltre non è in contrasto con i valori del gruppo precedente (che a rigor di logica sarebbero dovuti essere maggiori, in linea ai maggiori bisogni di salute del gruppo) il quale ha pagato la sua debole conoscenza del sistema con un maggior contatto, probabilmente evitabile, con il personale amministrativo.

La parziale esperienza maturata nell'utilizzo di servizi ha molto probabilmente contribuito a creare nel gruppo delle aspettative più stabili in merito al miglior standard diagnostico/terapeutico rivolto ai loro problemi. Partendo da tale ipotesi e considerando le esistenti lacune a livello organizzativo in cui versano i servizi distrettuali, non appare strano un giudizio negativo sui servizi in generale. Servizi che, presi singolarmente, potrebbero essere stati soddisfacenti, ma che, probabilmente esposti ad una certa variabilità nei processi, non hanno potuto garantire ogni volta ai pazienti gli stessi identici output.

La positiva percezione sul personale dei distretti potrebbe invece derivare dalla mancata associazione del fattore umano alla produzione dei servizi da parte di tali utenti – utilizzatori non esperti dei servizi sanitari. La gestione di questi ultimi cioè, potrebbe esser stata considerata come una questione solo marginalmente dipendente dalla diligenza professionale (come ad esempio per il settore della diagnostica).

Infine, una spiegazione alla poca soddisfazione del segmento verso i servizi di continuità assistenziale potrebbe risiedere nella maggior consapevolezza del gruppo in merito al proprio stato di salute. Una certa abilità nell'autodiagnosi, risultante in una maggior capacità dei pazienti di ipotizzare autonomamente più profili diagnostici ai propri sintomi, potrebbe aver ridotto la fiducia nel MCA e aumentato il bisogno di ottenere informazioni aggiuntive – anche da altre fonti – per maggior chiarimenti sul loro problema, indipendentemente dalla qualità del responso del MCA. Tutto ciò, ovviamente, a scapito di probabili accessi "impropri" al PS. I dati in questione dimostrano infatti che, rispetto al gruppo precedente, la percentuale di accessi in PS dopo il consulto col MCA è maggiore, ed i casi in cui gli utenti hanno effettuato tale scelta perché insoddisfatti del MCA o desiderosi di ricevere ulteriori conferme sulla diagnosi/cura sono superiori al primo gruppo.

Segmento 3: gli esperti

In questo segmento sono stati ricompresi tutti gli utenti che, differenzialmente dal secondo raggruppamento, ritengono il personale come il vero

Il terzo fattore è stato chiamato *continuità assistenziale*. Per quanto raggruppamenti solamente due variabili, si è rivelato molto robusto, non avendo mai riportato cambiamenti dalla variazione del numero di fattori ipotizzati per l'analisi o dalla modifica della metodologia di calcolo. Ad esso risultano fortemente associate le variabili relative all'"organizzazione del servizio di continuità assistenziale" ed alla "professionalità del medico di continuità assistenziale".

4.2. La creazione dei gruppi

Dopo aver sintetizzato le valutazioni sui servizi distrettuali in 3 macroelementi, si è proceduto ad indagare come questi ultimi potessero variare all'interno del campione intervistato. A tal fine è stata effettuata una *cluster analysis* per una segmentazione basata sulla similarità nelle attitudini. Tale approccio difatti, rispetto ad un raggruppamento su variabili esclusivamente socio demografiche, è maggiormente in grado di cogliere una più ampia variabilità nelle percezioni degli intervistati (Morrison *et al.*, 2003).

I risultati della prima cluster gerarchica tramite il metodo di Ward hanno indicato l'esistenza di 4 gruppi. I centri finali dei cluster sono stati ottenuti tramite l'analisi secondo il metodo delle k-medie. I test statistici hanno confermato la bontà del modello. Innanzitutto, i valori elevati del test F su ognuno dei fattori utilizzati nell'analisi, dimostrano come le differenze nelle medie dei vari gruppi su ogni fattore siano statisticamente significative ($p < 0,000$). Ciò conferma la capacità della tecnica di produrre dei gruppi con una bassa variabilità nei valori al loro interno ed un'alta variabilità nei valori infragruppo. Per la validazione dei risultati ottenuti è stata eseguita un'analisi discriminante (Gabbott e Hogg, 1994), dove la composizione originale dei diversi gruppi è stata utilizzata come variabile di raggruppamento. Le funzioni discriminanti prodotte risultano essere altamente significative ($p < 0,000$) e supportano l'esistenza di quattro diversi cluster. Inoltre, la matrice di classificazione conferma come le tre funzioni discriminanti, sulla base dei valori dei tre fattori, siano state in grado di allocare correttamente il 99,6% dei casi nei quattro gruppi, senza conoscere a priori gli originali insiemi di appartenenza. La Tabella 3 riporta, per ogni segmento, i punteggi medi dei tre fattori nei vari raggruppamenti, insieme alle caratteristiche socio demografiche ed alle principali variabili relative all'accesso ed all'utilizzo dei servizi distrettuali.

Eccetto per la variabile relativa al sesso, i valori del test chi-quadro hanno dimostrato che le differenze tra i cluster risultano statisticamente significative anche sotto il profilo socio demografico e comportamentale, rendendo così i vari gruppi potenzialmente raggiungibili da eventuali politiche specificatamente progettate per ognuno di essi.

Tab. 3 - Caratteristiche dei segmenti

	Modesti	Coscienti e sostenuti	Esperti	Evoluti
AMPIEZZA	2070	779	531	81
FATTORI				
Personale dei distretti sociosanitari	0,29	0,30	-1,65	0,66
Servizi dei distretti sociosanitari	0,48	-1,37	0,03	0,74
Continuità assistenziale	0,22	-0,07	-0,11	-4,25
SESSO (%)				
Maschi	22,4	20,9	21,3	18,5
ETÀ (%)				
Tra 18 e 45	23,7	28,7	30,7	40,5
Tra 46 e 65	36,7	43,1	42,1	44,3
Sopra i 65	39,6	28,3	27,1	15,2
TITOLO DI STUDIO (%)				
Nessuno/Licenza elementare	38,8	31,4	28,1	16,3
Media inferiore	24,4	25,3	28,5	32,5
Media superiore	28,6	33,1	32,3	37,5
Titolo Univ. e Post Univ.	8,2	10,1	11,2	13,8
PROFESSIONE SVOLTA (%)				
Legislatori, dirigenti e imprenditori	1,3	0,6	0,8	2,5
Prof. intell., scient. e di elevata spec.	3,3	5,2	5,7	12,7
Professioni tecniche	4,0	4,4	4,4	8,9
Impiegati	7,1	9,3	9,4	8,9
Prof. qualif. in att. comm. e nei serv.	5,4	6,2	7,6	5,1
Artigiani, operai spec. ed agricoltori	4,6	3,2	5,2	5,1
Cond. di impianti ed operai semiqua.	1,3	0,9	0,8	3,8
Professioni non qualificate	1,3	1,6	1,7	1,3
Studenti	2,8	3,9	2,7	1,3
Casalinghe	18,9	22,1	21,2	24,1
Disoccupati	1,4	2,5	1,3	2,5
Pensionati	48,4	39,7	39,0	24,1
COMPOSIZIONE NUCLEO FAM. (%)				
Una persona (Vive solo)	13,4	9,2	9,0	7,5
Due persone	35,3	34,0	30,3	18,8
Tre persone	23,4	28,5	26,7	27,5
Più di tre persone	27,9	28,3	34,0	46,3
MALATI CRONICI (%)				
Si	46,3	43,2	39,1	38,8

4. I Risultati

I giudizi forniti dal campione sulle caratteristiche analizzate sono sinteticamente illustrate nella Tabella 1. L'adozione della lista campionaria degli abbonati alla telefonia fissa, ha causato alcune difformità – intrinsecamente correlate all'utilizzo dello strumento – nella composizione socio-demografica degli intervistati. La percentuale di donne e di anziani risulta infatti sovra-rappresentata rispetto alla reale composizione della popolazione. Nonostante ciò, l'esecuzione del "non-response bias test", che evidenzia eventuali distorsioni tra i giudizi degli intervistati classificati nel dataset (Morrison *et al.*, 2003), ha dimostrato risultati assolutamente confortanti al riguardo. Nel test sono stati messi a confronto i giudizi forniti dai primi e dagli ultimi 200 casi presenti nel dataset sui 9 quesiti utilizzati per la rilevazione del grado di soddisfazione nei vari aspetti dei servizi distrettuali. Il test chi-quadro, non ha evidenziato nessuna differenza statisticamente significativa al 5% tra i valori assegnati dai due gruppi nelle diverse variabili.

Tab. 1 – Giudizi forniti sulle caratteristiche analizzate

	Media	Dev. Std.
Visite specialistiche	3,69	0,68
Esami diagnostici	3,76	0,79
Servizi amministrativi	3,59	0,76
Gentilezza del personale amministrativo	3,98	0,69
Professionalità del personale amministrativo	3,95	0,69
Gentilezza del personale socio-sanitario	4,15	0,76
Professionalità del personale socio-sanitario	4,15	0,73
Organizzazione del servizio di continuità assistenziale	3,63	0,50
Professionalità del medico di continuità assistenziale	3,85	0,52

5 = Totalmente soddisfatto, 1 = Totalmente insoddisfatto

Riguardo al livello di soddisfazione raggiunto, in media i cittadini si sono rivelati abbastanza soddisfatti su tutte le caratteristiche dei servizi oggetto d'indagine. D'altra parte i risultati evidenziano anche una certa variabilità rispetto ai giudizi medi, concentrata soprattutto sulle variabili relative agli esami diagnostici, ai servizi amministrativi ed al personale socio-sanitario.

Analizzando le singole variabili, l'efficacia e la qualità dei principali servizi distrettuali non sembrano essere particolarmente in discussione, né tantomeno il valore dei professionisti in essi impiegati. Valori più bassi sono invece riscontrabili nei quesiti riconducibili a tematiche organizzative, come i servizi amministrativi dei distretti e l'organizzazione del servizio di continuità assistenziale (MCA).

4.1. La realizzazione dei fattori

Al fine di ridurre i 9 quesiti ad un insieme più sintetico di attributi, è stata effettuata su di essi un'analisi fattoriale. L'analisi si è rivelata appropriata ed ha prodotto dei risultati statisticamente significativi, con valori per il test di misura dell'adeguatezza campionaria di Keiser Meyer Olkin pari a 0,8 e risultati altamente significativi sul chi-quadro del test di sfericità di Bartlett. Durante l'estrazione inoltre, tutte le comunalità si attestavano su valori superiori a 0,7. Sulla base della varianza spiegata e dei risultati dello scree plot, è stata scelta una soluzione a 3 fattori. La Tabella 2 mostra la matrice di struttura ruotata. Tale matrice è stata utilizzata per l'identificazione dei fattori estratti e per l'analisi delle relazioni tra i fattori e le diverse variabili.

Il primo fattore è stato identificato come *personale dei distretti socio-sanitari*. Ad esso infatti risultano correlate le variabili utilizzate per la valutazione degli operatori delle strutture distrettuali, con mansioni sia di tipo socio-sanitario, sia amministrativo. Il fattore racchiude inoltre le valutazioni sul personale sotto l'aspetto sia della loro professionalità, sia della loro gentilezza. Specularmente, il secondo fattore include gli altri aspetti dei distretti socio-sanitari, risultando fortemente associato a tutti gli attributi relativi ai servizi e cioè gli esami diagnostici, le visite specialistiche ed i servizi amministrativi. Gli alti coefficienti di correlazione di tutte le variabili, e l'assenza di particolari variazioni tra essi, consentono di definire il fattore come rappresentativo di tutte le valutazioni assegnate ai *servizi dei distretti socio-sanitari*.

Tab. 2 – Matrice di struttura ruotata dell'analisi fattoriale

	Personale distretti sociosanitari	Servizi distretti sociosanitari	Continuità assistenziale
Gentilezza del personale amministrativo	0,863		
Professionalità del personale amministrativo	0,841		
Gentilezza del personale socio-sanitario	0,809		
Professionalità del personale socio-sanitario	0,775		
Esami diagnostici		0,910	
Visite specialistiche		0,820	
Servizi amministrativi		0,788	
Organizzazione del servizio di continuità assistenziale			0,922
Professionalità del medico di continuità assistenziale			0,835

2. avvio della fase di rilevazione, previo test pilota sul questionario per la verifica della sua comprensibilità, e campionamento della popolazione per garantire la rappresentatività dei risultati;
3. elaborazione dei dati tramite statistiche descrittive univariate per una prima interpretazione dei risultati, seguite da analisi statistiche multivariate finalizzate ad una comprensione più dettagliata dei giudizi e delle esperienze riportati dai rispondenti.

3.1. La specificazione dell'oggetto di indagine

Dopo la review della letteratura internazionale sui questionari utilizzati nelle indagini di soddisfazione dei servizi distrettuali², sono state condotte delle interviste in profondità a professionisti esperti in tale settore. Il set di caratteristiche inizialmente proposto è stato dunque analizzato e ridotto a quelle principali quali: i servizi di visita specialistica, i servizi diagnostici, i servizi di assistenza domiciliare, il consultorio, i servizi di vaccinazione ed i servizi di continuità assistenziale. Ulteriori aspetti sottoposti ai giudizi di soddisfazione sono stati la professionalità e la gentilezza del personale operante nei distretti socio-sanitari e nei servizi di continuità assistenziale.

Le caratteristiche sono state inserite nel questionario, per un totale di 13 domande strutturate su scale di risposta a 5 punti; alcune di queste, inoltre, prevedevano delle risposte del tipo "non so". Considerando la quasi assenza di informazioni sui servizi distrettuali a livello regionale e nazionale provenienti dagli utenti, alle variabili per l'ottenimento dei giudizi sui vari ambiti appena elencati ne sono state aggiunte altre 13, rivolte allo studio dell'esperienza maturata dai rispondenti dall'utilizzo di tali servizi. Queste ultime prevedevano sia risposte multiple, sia risposte chiuse di tipo dicotomico e non. Il questionario infine, è stato completato con l'inserimento delle variabili socio demografiche, quali sesso, età, titolo di studio, professione svolta, composizione del nucleo familiare ed eventuale affezione da patologie croniche.

3.2. La rilevazione

La praticabilità del questionario è stata verificata tramite un test pilota su un piccolo campione. I risultati del test hanno implicato solo piccole modifiche alla sua struttura.

2. Sono stati presi in considerazione gli strumenti di valutazione relativi agli "outpatient services" (Säilä *et al.*, 2008; Tso e Chan, 2006; Garratt *et al.*, 2005; Kaldenberg e Becher, 1999), agli "out-of-hours services" (Lega e Mengoni, 2008; Garratt *et al.*, 2007) ed alle "walk-in clinics" (Hutchison *et al.*, 2003).

La popolazione di riferimento è stata quella dei cittadini toscani maggiorenni. Come lista campionaria è stato utilizzato l'elenco degli abbonati al servizio di telefonia fissa della Regione Toscana. Il campione all'interno della popolazione è stato estratto in modo casuale e stratificato per distretto, in modo che la rilevazione restituisse dei risultati rappresentativi della popolazione per tali territori. Su ogni strato sono stati stabiliti dei livelli di significatività statistica al 95% ed una precisione delle stime del 7%.

Le interviste sono state svolte secondo la metodologia C.A.T.I. (Computer Assisted Telephone Interviews) ed i cittadini sono stati contattati telefonicamente da un gruppo di rilevatori appositamente formati nella conduzione di indagini telefoniche sui servizi sanitari. Per il raggiungimento dei livelli imposti dal metodo e dai criteri di campionamento sono state condotte 6985 interviste che hanno richiesto l'effettuazione di telefonate a 27266 contatti. Dal totale delle interviste, sono state selezionate solo quelle relative ai rispondenti che avevano utilizzato negli ultimi 12 mesi i servizi distrettuali, per un numero di casi utili pari a 3461.

3.3. L'elaborazione dei dati

Prima di realizzare le analisi statistiche, dal set di domande per la misurazione della soddisfazione sono state escluse quelle variabili con un'alta percentuale di risposte mancanti: dalla selezione 9 variabili sono risultate utilizzabili. Tra queste ultime, le risposte di tipo "non so" o simili sono state sostituite con valori mancanti, i quali infine sono stati riposizionati tramite l'algoritmo "expectation-maximization" (Seghieri *et al.*, 2009).

È stata quindi condotta un'analisi fattoriale per estrapolare i costrutti chiave alla base delle percezioni dei cittadini sui servizi distrettuali. Per l'analisi è stato adottato il metodo delle componenti principali, considerata la sua capacità di identificare in modo equilibrato un appropriato numero di fattori (Malhotra, 2007). I fattori sono stati infine rotati con il metodo varimax.

Successivamente all'analisi fattoriale, l'identificazione dei segmenti è stata effettuata tramite una *cluster analysis*, in modo da analizzare in profondità l'influenza nei risultati delle attitudini individuali. Gli "scores" assegnati ai vari fattori sono stati il punto di partenza per quest'ultima analisi. È stata innanzitutto eseguita una cluster analysis gerarchica tramite il metodo di Ward, per l'identificazione del corretto numero di cluster e dei loro rispettivi centri (Morrison *et al.*, 2003). Successivamente è stata realizzata una cluster analysis tramite l'algoritmo delle K-medie, utilizzando come centri iniziali dei cluster quelli precedentemente individuati. Per la validazione dei risultati dell'analisi è stata effettuata un'analisi discriminante lineare (Gabbott e Hogg, 1994).

L'articolo intende approfondire questo approccio, sviluppando ed analizzando un processo di segmentazione dell'utenza dei servizi distrettuali, sulla base dei dati raccolti dall'indagine sulla soddisfazione e sull'esperienza degli utilizzatori di tali servizi. Dopo una review sugli studi di segmentazione effettuati ed un'introduzione ai distretti sanitari, si procede alla suddivisione dell'utenza in quattro raggruppamenti, tramite analisi statistiche multivariate. Le caratteristiche dei segmenti vengono di seguito commentate, proponendo infine delle possibili strategie di azione differenziate per il miglioramento dei servizi erogati.

1. La segmentazione dell'utenza dei servizi sanitari

In letteratura sono presenti già alcune ipotesi di segmentazione degli utilizzatori dei servizi sanitari.

Dopo i primi studi più generici di Berkowitz (1981) e Rease *et al.* (1982), nel 1987 Woodside *et al.* hanno analizzato dettagliatamente il processo di scelta delle strutture ospedaliere statunitensi, identificando 4 segmenti alquanto evocativi: i "tradizionalisti", i "realisti", i "consumisti" e gli "esigenti". Per quanto riguarda gli studi sui servizi di cure primarie, oltre ad analisi più specifiche sul rapporto medico-paziente (Shaffer e Sherrell, 1995), i più importanti contributi provengono da Gabbott e Hogg (1994) e Morrison *et al.* (2003), con risultati solo in parte coincidenti. Differentemente dall'analisi più recente – incentrata esclusivamente sulle caratteristiche del medico di medicina generale (MMG) e risultante in 4 segmenti – lo studio di Gabbott e Hogg si focalizza anche sugli attributi degli ambulatori ed ipotizza tre raggruppamenti. Il primo segmento, chiamato degli "utilizzatori ambulatoriali" possiede un basso livello socio-economico ed assegna importanza alle caratteristiche dell'ambulatorio. Ciò è in contrasto con il primo segmento di Morrison *et al.*, "i bisognosi di appuntamento", che possiedono un basso livello socio-economico ma attribuiscono molta importanza alla gran parte degli attributi legati al MMG. Il secondo gruppo di Gabbott e Hogg è quello degli "utilizzatori del servizio", costituito soprattutto da donne con un alto livello socio-economico ed una particolare sensibilità alla gran parte degli attributi associati ai servizi del medico. I segmenti di Morrison *et al.* posizionati su un livello socio-economico medio sono "i facili da soddisfare" e "quelli in cerca di comunicazione"; tali gruppi, anche se possiedono la più alta proporzione di donne, sono relativamente poco esigenti per quanto riguarda le caratteristiche del servizio del MMG. Il terzo segmento di Gabbott e Hogg, è formato dagli "utenti con le idee chiare", rappresentati soprattutto da uomini col più alto livello socio-economico, particolarmente interessati alla chiarezza delle spiegazioni su diagnosi e terapia. Tale segmento coincide con "la generazione X"

di Morrison *et al.*, nel quale è stato riscontrato il più alto livello socio-demografico, la più alta proporzione di uomini ed una particolare attenzione per le attività di comunicazione.

Studi di segmentazione, infine, sono stati anche effettuati verso particolari tipologie di utenza. La popolazione anziana, ad esempio, è stata il focus di varie analisi che non hanno rilevato particolari differenze all'interno della categoria (Lumpkin *et al.*, 1991; Strutton e Pelton, 1992), fatta salva l'eterogeneità nei comportamenti d'acquisto dei farmaci senza prescrizione (Lumpkin *et al.*, 1990).

2. I distretti sanitari e la valutazione della soddisfazione degli utenti

Fin dal lontano 1978, il Distretto è chiamato a svolgere una duplice funzione: da un lato integrare l'assistenza socio-sanitaria territoriale (si pensi all'accesso alle cure domiciliari o residenziali) e dall'altro erogare servizi sanitari di base (previsti all'interno dei livelli essenziali di "assistenza distrettuale").

Lo sviluppo dei Distretti Sanitari è connesso ad una crescente rilevanza delle cure territoriali: il Distretto, infatti, consente di dare sostanza organizzativa al tentativo di riconfigurare i sistemi sanitari da un'offerta focalizzata sull'Ospedale – per definizione ad alto costo – ad una prevalentemente territoriale caratterizzata da un rapporto costi-efficacia più sostenibile, tramite una gestione dei processi integrati di cura più vicina al cittadino e tarata sulle specificità del territorio.

Ne consegue una gestione non semplice delle strutture distrettuali, che presuppone un'elevata conoscenza delle caratteristiche epidemiologiche, sociali ed economiche locali, al fine di riuscire a combinare i fattori produttivi sia interni che esterni bilanciando efficacia, efficienza, qualità e soddisfazione dei cittadini. Proprio in quest'ottica i Distretti sanitari toscani sono soggetti dal 2007 a periodiche indagini sull'esperienza e sulla soddisfazione riportata dai propri utilizzatori.

3. Il metodo

Per quanto riguarda il metodo, l'indagine ha seguito la seguente articolazione:

1. specificazione dell'oggetto d'indagine tramite una prima review della letteratura per la raccolta delle variabili rilevanti, seguita da interviste in profondità ad esperti per la trasposizione delle variabili nel questionario;

Nella prima parte vengono presentate le motivazioni alla base della ricerca, la review della letteratura internazionale ed il contesto oggetto di analisi. Da un'indagine su 3461 utilizzatori, vengono successivamente individuati – tramite l'analisi fattoriale e l'analisi cluster – 4 segmenti: i “modesti”, i “coscienti e sostenuti”, gli “esperti” e gli “evoluti”. Le caratteristiche dei segmenti vengono infine commentate, con l'esposizione delle possibili implicazioni gestionali.

Parole chiave: Segmentazione, Sanità Pubblica, Marketing sanitario, Servizi sanitari distrettuali, Analisi fattoriale, Analisi cluster.

Premessa

Secondo Kotler *et al.* (2006) e Stanton e Varaldo (1989) il marketing contribuisce a generare risorse assicurando il soddisfacimento delle esigenze e dei desideri dei consumatori, procurando un profitto all'impresa e in modo socialmente accettabile. È dunque la funzione che permette alle imprese di riconoscere i bisogni dei clienti e su questa base definire la propria offerta di beni e servizi. Spesso gli acquirenti di un mercato differiscono tra loro sotto molti aspetti: desideri, valori, atteggiamenti, risorse, collocazione geografica, ma anche precedenti esperienze con un prodotto o un'impresa. Attraverso la segmentazione, le aziende possono dividere mercati ampi ed eterogenei in segmenti più ristretti ed omogenei, e quindi raggiungerli con prodotti e servizi funzionali ai bisogni di ciascun segmento (Kotler e Lee, 2007).

Simili logiche sono applicabili anche in ambito pubblico e, in particolare, nel contesto dei servizi sanitari? È utile introdurre le tecniche di segmentazione della domanda per migliorare la capacità di risposta della sanità pubblica ai bisogni dell'utenza?

Già nei contributi teorici in materia si evidenzia che, a differenza della pianificazione strategica tradizionale delle aziende sanitarie incentrata sulla produzione di prestazioni, il marketing sanitario fondato sull'interpretazione dei bisogni¹ parte sempre dal punto di vista del paziente; di conseguenza l'attività di segmentazione assume una rilevanza centrale (Mallari-

1. Per quanto non si possa parlare di un vero e proprio filone di studi, si fa soprattutto riferimento a quello che Mallarini (2004) definisce *marketing aziendale*, considerato come strumento strategico per avvicinare l'offerta ai bisogni e garantire l'economicità. Lo stesso autore ricorda che, a differenza del *marketing istituzionale*, la relazione indagata è quella tra azienda che eroga servizi e il paziente/utente degli stessi, e si tratta in maniera marginale la relazione azienda/stakeholder. A differenza inoltre del *brand marketing*, l'obiettivo è il governo della domanda e non la sua attrazione tramite la promozione dell'immagine aziendale e la visione del paziente come cliente. Diversamente infine dal *marketing sociale*, che parte dall'ipotesi che il bisogno sia già identificato e limita la sua funzione a strumento operativo per la promozione di comportamenti coerenti col bisogno, il *marketing aziendale* svolge il ruolo di leva strategica che utilizza il servizio come principale strumento di espressione.

ni, 2004). Questo approccio difatti, secondo Sheaff (2002), è funzionale ad attrarre segmenti che non esprimono la domanda pur avendo il bisogno o a rendere il servizio più accessibile e quindi trasformare una domanda potenziale in effettiva. I principi di segmentazione però, non dovrebbero in questo caso orientarsi verso criteri di profittabilità – come nell'approccio proposto da Berkowitz (2006) – ma riuscire piuttosto ad identificare le caratteristiche dei soggetti più vulnerabili, che dispongono di scarse risorse e che potrebbero essere disponibili a modificare un comportamento non salutare se fossero seguiti in modo specifico ed appropriato (Rohrer *et al.*, 1999).

Anche in merito al contesto esistente, tale approccio potrebbe essere particolarmente vantaggioso, considerando che la sanità pubblica – eccezion fatta per i pochi percorsi diagnostico-terapeutici focalizzati solo su alcune patologie – è tendenzialmente orientata ad un'offerta generalista configurata per un paziente “medio”. Così i piani sanitari regionali si esprimono con obiettivi tendenziali costruiti sulla media della popolazione, come ad esempio aumentare il numero di donne primipare che partecipano al corso di preparazione alla nascita. Questi obiettivi non sono declinati per tipologia di utenza. Eppure la differenza può essere sostanziale: in Toscana, da un'indagine realizzata nel 2005 e ripetuta nel 2007 (Nuti *et al.*, 2009; Nuti e Barsanti, 2006), emerge che la Regione riesce ad attrarre al corso di preparazione alla nascita il 60 % delle donne primipare, ma tra le partecipanti sono presenti quasi esclusivamente laureate (70%), con la totale assenza di chi ha solo la licenza elementare o nessun titolo di studio. Una donna partoriente con un basso livello di scolarizzazione è però maggiormente soggetta a problemi di natura sociale ed a difficoltà nell'accesso ai servizi, con maggiori probabilità per il proprio bambino di incorrere in rischi di salute e carenze alimentari.

Come orientare allora l'azione degli operatori in modo differenziato considerando le specificità dei gruppi di utenti a cui vuole rivolgersi? Come dotarsi di un sistema di classificazione dell'utenza e di strumenti che facilitino l'individuazione delle priorità di intervento sui segmenti a maggior rischio?

La Regione Toscana, nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010, identifica la “sanità di iniziativa” quale strategia di risposta in modo differenziato ai bisogni dei cittadini. Una sanità, ossia, che non “attende” il cittadino, ma che è capace di personalizzare l'offerta in base ai bisogni e di orientare l'attività in primo luogo verso chi “meno sa e meno può” e che, per questo, si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno. Sarebbe opportuno, quindi, che le aziende sanitarie e le Regioni adottassero sia metodologie adeguate di segmentazione per individuare i gruppi di utenti con maggiori necessità, sia le modalità per erogare i servizi in linea con le specificità di ciascun target.

- Robson J. and Robson I. (1996). From Shareholders to Stakeholders: Critical Issues for Tourism Marketers. *Tourism Management*, 17, 7: 533-540.
- Sautter E.T. and Leisen B. (1999). Managing Stakeholders. A Tourism Planning Model. *Annals of Tourism Research*, 26, 2: 312-328.
- Thomas R., editor (1998). *The Management of Small Tourism & Hospitality Firms*. London: Cassel.
- Thorelli H.B. (1986). Network: Between Markets and Hierarchies. *Strategic Management Journal*, 7, 1: 37-51.
- Zehrer A., Raffainer A., Lehar G. and Siller H. (2007). Productivity improvement through cooperation – A horizontal hotel co-operation in Carinthia, Austria". In Keller P. and Bieger T., editors, *Productivity in Tourism. Fundamentals and Concepts for Achieving Growth and Competitiveness*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

SAGGI

SEGMENTAZIONE E MARKETING PER LA SANITÀ PUBBLICA

Alessandro Mengoni*, Anna Maria Murante**, Sabina Nuti***,
Paolo Tedeschi****

Abstract

A Marketing Approach for Public Healthcare Systems

According to the latest policies in the public healthcare systems, consistent with a pro-active approach able to provide differentiated services specific for different healthcare needs, this study proposes a segmentation analysis of outpatient services' users. In the first part the research question, the international literature review and the setting description are presented. In the second part, through a 3461 outpatient services' users survey, 4 segments are identified by a factor analysis and a cluster analysis: the "modest ones", the "conscious and sustained ones", the "experts" and the "evolved ones". Segments' characteristics are then discussed and managerial implications outlined.

Keywords: Segmentation, Public health, Healthcare marketing, Outpatient health services, Factor analysis, Cluster analysis

Riassunto

In linea con le nuove strategie di intervento dei sistemi sanitari pubblici, orientate verso un approccio proattivo in grado di fornire servizi differenziati in base ai bisogni, lo studio propone un tentativo di segmentazione dell'utenza dei servizi distrettuali.

* Scuola Superiore S. Anna, Studente PhD del Laboratorio Management e Sanità, a.mengoni@sss.it.

** Scuola Superiore S. Anna, Studente PhD del Laboratorio Management e Sanità, a.murante@sss.it.

*** Scuola Superiore S. Anna, Professore associato e Direttore del Laboratorio Management e Sanità, snuti@sss.it.

**** Scuola Superiore S. Anna, Ricercatore del Laboratorio Management e Sanità, p.tedeschi@sss.it.

Mercati e Competitività n. 1, 2010