

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Convegno nazionale
Sponsorizzare la sanità**

**Istituto Superiore di Sanità
Roma, 25 settembre 2000**

**Atti a cura di
Silvana Cacioli, Ranieri Guerra, Debora Guerrera**
Segreteria per le Attività Culturali

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

01/13

Istituto Superiore di Sanità

Convegno nazionale. Sponsorizzare la sanità. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 25 settembre 2000.

Atti a cura di Silvana Caciolli, Ranieri Guerra, Debora Guerrera

2001, 54 p. Rapporti ISTISAN 01/13

L'utilizzo della sponsorizzazione è stato indicato alla Pubblica Amministrazione nella Legge finanziaria del 1998 e ribadito in quella del 2000 (art. 30, Legge 488/1999) come utile strumento per reperire risorse aggiuntive “[...] per migliorare la qualità dei servizi e realizzare maggiori economie [...]”. E la sponsorizzazione in sanità è solo uno dei tanti strumenti a disposizione del marketing. L'umanizzazione dell'ambiente ospedaliero, in termini di miglioramento delle strutture e dei servizi offerti è tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale ma, per questo, occorrono ingenti finanziamenti non reperibili nell'ambito del Fondo Sanitario Nazionale, ma disponibili in altri settori verso cui le strutture sanitarie possono orientarsi. Nell'ambito del Convegno sono stati, inoltre, affrontati e discussi temi rilevanti quali quello della comunicazione e del cause related marketing, ovvero il marketing abbinato alle cause di utilità sociale.

Parole chiave: Sponsorizzazione, Comunicazione, Umanizzazione, Marketing sociale, Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità

National Congress. Sponsoring health. Istituto Superiore di Sanità. Rome, 25 September 2000.

Proceedings edited by Silvana Caciolli, Ranieri Guerra, Debora Guerrera

2001, 54 p. Rapporti ISTISAN 01/13 (in Italian)

Sponsorship was introduced to the public Administration in the 1998 financial law as a useful tool to secure additional financial resources “[...] to improve the quality of services and limit expenses [...]”. This concept was reaffirmed in the 2000 financial law (art. 30, Law 488/1999). Sponsoring is one out of the several tools for social marketing in health. Humanisation of hospital care, especially in terms of improvement of infrastructure and services delivered, is one of the main objectives of the National Health Plan. Financial support is needed for reaching this goal: health services can benefit from extra-funds made available from other sectors, integrating the National Health Fund. Communication and social marketing strategies were discussed during the Conference.

Key words: Sponsorship, Communication, Humanisation, Social marketing, Public health

Il rapporto è disponibile online nel sito di questo Istituto: www.iss.it.

INDICE

Saluto del Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità <i>Giuseppe Benagiano</i>	1
Introduzione <i>Ranieri Guerra</i>	5
Le sponsorizzazioni: dall'esperienza degli enti locali alla sanità <i>Alberto Barbiero</i>	7
L'applicazione della legge in ambito sanitario: aspetti giuridici e fiscali <i>Giovanni Bianchi</i>	15
Il cause related marketing: il caso Dash-ABIO <i>Anna Lucia D'Orazio</i>	31
Il progetto Ospedali e Sponsor <i>Vittorio Lodolo D'Oria</i>	33
Un network di aziende sanitarie per comunicare efficacemente <i>Bruno Della Negra</i>	43
La comunicazione come elemento di vita dell'ospedale <i>Stefano Rolando</i>	49

SALUTO DEL DIRETTORE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Giuseppe Benagiano

Direttore (fino a marzo 2001) dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma

Nell'ambito dei servizi sanitari a totale finanziamento pubblico, il concetto di marketing, che a sua volta dà al tutto un sapore commerciale, evoca una serie di resistenze legate probabilmente alla sua stessa origine: il mercato e, quindi, il profitto, che da noi almeno, evoca a sua volta il concetto di "poco pulito". Ciò nonostante il fatto che, in questi ultimi vent'anni, la sanità pubblica abbia acquisito e opportunamente adattato prassi, metodi e discipline nati proprio nel mondo aziendale: citiamo la nuova figura del manager, a capo del management, esempio ormai istituzionalizzato con la ristrutturazione delle strutture erogatrici sotto forma di Aziende Sanitarie o Aziende Ospedaliere. Il management comprende in sé anche la strategia del marketing come attività irrinunciabile per selezionare, offrire, e finanziare dei prodotti consoni alle esigenze dei cittadini.

E' in questo contesto che la sponsorizzazione si pone come un'attività di marketing sanitario che può, come altre strategie di management aziendale, essere utilmente adottata e adattata al mondo dei servizi sanitari pubblicamente erogati, sempre naturalmente avendo presente il vecchio principio dell'*omnia munda munda*.

La Legge finanziaria del 1998, ribadita da quella per l'anno 2000 (art. 30, Legge 488/1999), introduce l'istituto della sponsorizzazione a favore dell'Amministrazione pubblica, come strategia di attrazione di nuove risorse che hanno lo scopo di *migliorare la qualità dei servizi e realizzare maggiori economie*.

Il significato di questa impostazione, che l'amministrazione centrale recepisce in ritardo rispetto alle amministrazioni decentrate, come comuni e provincie, è profondamente innovativo per il nostro Paese, finora irrigidito nell'assioma che il settore pubblico deve combattere quello privato per garantire la protezione del cittadino rispetto a strategie di mercato e vendita intrusive, realizzabili solo a scapito del cittadino stesso.

L'innovazione promuove nuovi rapporti di collaborazione che il settore pubblico e privato sono chiamati a valutare, impostare congiuntamente e co-finanziare con beneficio e ricadute positive per entrambi, sottolineando come, per lo meno nelle intenzioni del legislatore, ciò sia possibile senza arrecare danno al cittadino, anzi permettendo un'estensione quali-quantitativa dei servizi offerti.

Inoltre, si cerca di superare la manichea ed ormai obsoleta concezione che il privato realizzi profitti esclusivamente a scapito del pubblico, a cui cerca di erodere quote progressive di gestione e controllo. Ripeto: *omnia munda munda*.

Dalla fine degli anni Ottanta i concetti di marketing sociale e di utilizzazione di tecniche e tecnologie proprie del settore privato sono entrati progressivamente nel lessico e nella cultura dei servizi sanitari, soprattutto per quanto concerne le strategie di promozione della salute e di educazione sanitaria. A metà degli anni novanta un'importante, anche se non del tutto valutata, revisione delle normative relative al settore privato non-profit ha portato ad una prima, fondamentale revisione culturale, con l'introduzione delle Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale (ONLUS) e delle cooperative sociali a cui si riconosceva il diritto e la possibilità di perseguire imprenditorialmente i propri fini statutari.

Ora si giunge finalmente ad una visione laica, non ideologizzata, del rapporto che legittimamente è possibile costruire tra pubblico e privato per perseguire fini con valori sociali a vantaggio del cittadino.

Il costo della gestione ed erogazione dei servizi si incrementa su scala logistica in molte aree del vivere civile. La manutenzione e l'espansione dei servizi sanitari rappresentano una delle spese principali dell'amministrazione pubblica.

In tutto il mondo il dibattito costante tra la valutazione economico-finanziaria dei costi della salute e le necessità di espansione e miglioramento continuo dei servizi sanitari porta a situazioni spesso ingovernabili, in cui la decisione draconiana di controllare i costi porta al razionamento progressivo dell'offerta di servizi al cittadino, a cui si richiede una partecipazione al finanziamento dei servizi stessi sempre maggiori, a fronte di prelievi fiscali la cui equità è spesso discutibile.

Il settore sanitario è passato attraverso due riforme maggiori ed una serie di aggiustamenti progressivi che nell'ultimo decennio ne hanno completamente cambiato stile ed impostazione gestionale. Tutto ciò è il prodotto di una profonda revisione del concetto stesso di amministrazione pubblica e del ruolo che lo Stato deve esercitare: si transita da una situazione pervasiva, di erogazione, controllo e finanziamento dei servizi, ad una funzione promotiva, di garanzia, di controllo e revisione sistematica di erogatori non necessariamente pubblici, a cui affidato il compito di gestire con migliore efficienza e senza il vincolo burocratico e coercitivo che l'amministrazione pubblica spesso impone, dimenticando la flessibilità, la qualità tecnica, la necessità di adattamento progressivo, coerente e tempestivo con il cambiamento degli stili di vita, dei profili demografici, delle necessità e dei bisogni espressi dal cittadino e da una società la cui cultura e le cui aspirazioni cambiano con un ritmo assai maggiore rispetto alla capacità di comprensione e successivo adattamento della nostra burocrazia.

Proprio questa importante revisione di ruolo e funzioni ha determinato i processi di aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, che inizia a recepire il valore della responsabilizzazione individuale, della professionalità della prestazione, della valorizzazione della qualità del servizio che deve essere garantito ad un cittadino-cliente esigente, attento al rispetto dei propri diritti, che si pone come interlocutore e partner di medici ed infermieri nella ricerca del migliore livello di salute ottenibile.

In questa revisione di ruoli e funzioni, il settore privato cambia ugualmente la propria funzione che da concorrenziale ed alternativa, diviene integrata e collaborativa. In altri termini, i due settori sono chiamati a studiare regole di garanzia, a rispettare patti solidaristici e contrattuali il cui fine è il bene comune, e non solo e non più esclusivamente il profitto o la contrazione della spesa.

Come ciò si possa attuare, con quali strumenti normativi ed amministrativi, con quali risultati che è legittimo attendersi, con quali vantaggi rispettivi e reciproci è l'oggetto di questa giornata di dibattito, che si tiene in un Istituto di ricerca, anch'esso sottoposto ad una profonda revisione di statuto, funzione e collaborazione nel sistema dei servizi. Che l'Istituto Superiore di Sanità cominci ad entrare in questo tipo di ricerca e valutazione non deve sorprendere: la sua importante tradizione di ricerca biomedica non viene certo dimenticata o accantonata, viene viceversa arricchita da quanto in altri Paesi viene da tempo proposto, cioè la ricerca sui sistemi, la ricerca del modo migliore di erogare i servizi sanitari, la ricerca su come il sistema sanitario deve attrezzarsi, debba evolversi e debba interagire con tutti i partner disponibili per garantire che l'evoluzione sociale ed economica, culturale e demografica del Paese siano i valori fondamentali che guidano la ristrutturazione sistematica e continua con tutti gli operatori sanitari servono l'interesse collettivo.

Da ultimo vorrei ricordare come le attività di formazione manageriale nell'area della sanità pubblica, presenti e future, di questo Istituto possano giocare un ruolo fondamentale

nell'introduzione, adattamento e utilizzazione efficace di quelle strategie utili a migliorare la qualità dei servizi includendo tra queste anche il marketing e le sponsorizzazioni.

Con l'augurio di iniziare un percorso comune che porti risultati concreti e concetti e strategie perseguibili e sostenibili, saluto tutti voi partecipanti a questo convegno "Sponsorizzare la Sanità".

INTRODUZIONE

Ranieri Guerra

Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Siamo in una fase di revisione dell'offerta formativa dell'Istituto, che dovrà rivolgersi soprattutto alla dirigenza sanitaria delle aziende sanitarie locali in rapporto con le Regioni, titolari per tutte le figure mediche cliniche di secondo livello, dirigenti di struttura complessa. Questa formazione accreditante che dovrebbe recepire le indicazioni del legislatore e garantire una formazione omogenea e costante non è stata ancora definita, perché mancano nel procedimento molto complesso, che la legge a suo tempo aveva ipotizzato, le commissioni che, preliminarmente all'erogazione della formazione accreditante, devono definire le regole del gioco. E' proprio su questa ossessione relative alle regole del gioco che tentano di normare, qualsiasi iniziativa e la stessa creatività del personale del Sistema sanitario nazionale che si arena sistematicamente. Quindi, ben venga la possibilità di dibattere di argomenti che prescindono da una valutazione di natura esclusivamente ideologica sul rapporto tra il pubblico e il privato e sul passaggio anche di risorse economico-finanziarie da una struttura all'altra. Cerchiamo di parlarne in maniera, per quanto possibile, laica, uscendo da schemi, parametri, e pregiudizi tentando di entrare nell'operativo. Vediamo quali sono le opportunità, vediamo quali sono i rischi, vediamo quali sono le possibilità. Siamo in un clima e un ambiente di cambiamento sistematico; negli ultimi dieci anni abbiamo convissuto con tre riforme maggiori del sistema sanitario. Negli ultimi cinque anni abbiamo visto l'applicazione delle due precedenti leggi di riforma e abbiamo introdotto la terza. In questo momento, tra luci e ombre, stiamo muovendo verso un orizzonte abbastanza poco delineato, ambiguo per certi aspetti; basta citare il rapporto tra le amministrazioni locali, i sindaci, e la valutazione preliminare che i sindaci stessi devono fornire ai piani sanitari aziendali, basti pensare alla diversificazione delle metodologie con cui le singole regioni affrontano la definizione dei piani strategici. Il rischio di frammentazione è consistente e potrebbe ostacolare la garanzia di uniformità di erogazione di servizi di qualità al cittadino. Il cambiamento, è peraltro, determinato da una profonda variazione della struttura demografica e quindi di morbo - mortalità del Paese. Siamo la nazione che invecchia più in fretta di tutte le altre al mondo, siamo la nazione che si riproduce in misura minore, quindi, siamo una popolazione che, progressivamente sposta la propria età media verso quella anziana con problemi fisiopatologici multidimensionali estremamente complessi da gestire.

Questo che è un Istituto di ricerca pubblico, non ha, per esempio, nessuna struttura di ricerca che vada ad indagare su processi geriatrici dell'invecchiamento e della qualità della vita dell'anziano. La stessa Commissione Europea, pur concedendo risorse finanziarie notevoli a progetti che abbiano come target il miglioramento della qualità della vita, ha pochi riscontri tecnicamente validi e nella valutazione dei progetti di promozione della salute questo viene riscontrato costantemente, perché la qualità dei progetti di ricerca è molto bassa e i risultati sono limitati. Questo tipo di cambiamento nella struttura demografica e nella conseguente richiesta di salute da parte del Paese, impone anche una modifica delle modalità di erogazione dei servizi. Siamo un sistema che, per storia naturale, è ospedalocentrico, basato su una struttura fisica ben precisa e una concentrazione di risorse umane e tecnologiche in poli di erogazione ben determinati. Ciò è ormai insostenibile. Prima di tutto, non serve a molto per quanto riguarda il bisogno di salute, la richiesta di salute del paese perché altro è il tipo di garanzie e di erogazione

di servizio che la popolazione che invecchia richiede; in secondo luogo è eccessivamente costoso per quanto riguarda il mantenimento e l'innovazione sistematica che le tecnologie ospedaliere impongono. Se poi osservate la copertura della domanda che il sistema ospedalocentrico permette, vi accorgete sicuramente che mancano sistematicamente all'appello gli estremi della popolazione, i marginali, gli emarginati, i poveri, che non hanno un accesso facilitato da parte del servizio sanitario nazionale. L'accesso è teoricamente garantito, ma, all'atto pratico, è limitato, ritardato e generalmente scarsamente utilizzato. Il costo per riformare il sistema e cercare di raggiungere attivamente gli strati di popolazione in stato di bisogno, qualora ci si muova da una struttura ospedalocentrica, sono eccessivi e non sostenibili. Quindi, bisogna inventare un altro modo per erogare e per collaborare con il settore privato. Al di là della retorica in questo settore non siamo ancora arrivati a stabilire le regole che permettono questa collaborazione: siamo ancora in una fase di competizione e di mercato, per quanto imperfetto, in cui il privato cerca sistematicamente di occupare settori strategici del sistema sanitario in modo tale da sostituirsi, e da vicariare, piuttosto che collaborare. Anche questo non credo ce lo possiamo permettere: è un modello di erogazione di servizi troppo al di fuori della cultura garantista, della cultura umanistica, europea, italiana in modo particolare. Potremmo andare incontro ad un disastro, ad un collasso del sistema stesso, come riscontro avete il sistema americano che ha un costo dalle dieci alle quindici volte superiore al nostro, con una garanzia di qualità per le punte che riescono ad utilizzarlo, che riescono ad accedere, a permetterselo. E' per alcuni un sistema sicuramente eccellente, ma con un problema di equità molto forte. In ultimo, vorrei soffermarmi su che cosa vuol dire la convocazione e la conduzione di questo Convegno, con questa tipologia di discussione in questo Istituto. L'Istituto è un'amministrazione centrale dello Stato, con tutti i limiti e con tutte le difficoltà che questo tipo di amministrazione, profondamente burocratizzata. Questo lo riscontriamo soprattutto per quanto concerne la flessibilità e la possibilità di aderire a temi importanti di ricerca che non siano esclusivamente di natura biomedica, o sperimentale di base. Il tipo di ricerca nell'innovazione organizzativa che il sistema propone soprattutto da parte delle amministrazioni regionali e aziendali viene scarsamente recepito dall'Istituto e dall'amministrazione centrale in generale. E' un peccato, perché questo non fa altro che allontanare progressivamente il centro, il server del sistema sanitario nazionale, da quelli che sono i punti di erogazione. Cerchiamo con le forze, poche, che abbiamo a disposizione di colmare questo divorzio e di avvalerci della possibilità che ci viene offerta da voi per recepire e cercare di attrezzarci per il prossimo futuro. Sapete che l'Istituto è soggetto ad un processo importante di riforma, che sarà finalizzato entro questa legislatura. Dovremo diventare un Ente, ed uscire dalle maglie obsolete dell'amministrazione centrale, con autonomia economico-finanziaria e quindi con la possibilità di supportare il sistema sanitario nelle sue punte di eccellenza, collaborando attivamente, piuttosto che recepire passivamente, come in questo momento accade, le istanze delle amministrazioni periferiche. Credo di avervi detto tutto per quanto riguarda noi. Vorrei soltanto ringraziare i colleghi che sono qui oggi, soprattutto Vittorio Lodolo D'Oria che è stato il propulsore della manifestazione. Ci ha "pescato", ci ha raccomandato una serie di impostazioni che abbiamo recepito molto volentieri ed è qui oggi come l'espressione di eccellenza concreta di successo da cui poter apprendere e poter perfezionare metodologie e modi operativi utili.

Grazie e buon lavoro a tutti.

LE SPONSORIZZAZIONI: DALL'ESPERIENZA DEGLI ENTI LOCALI ALLA SANITÀ

Alberto Barbiero
Settore Affari Generali e Istituzionali, Comune di Bologna

Il contratto di sponsorizzazione e la sua configurazione come strumento per l'acquisizione di risorse qualificate da parte delle Pubbliche Amministrazioni

Negli ultimi anni molte Pubbliche Amministrazioni (tra le quali vari Enti Locali) hanno fatto ricorso con sempre maggiore frequenza al contratto di sponsorizzazione (1), utilizzando come leva la propria capacità di diritto privato.

Il particolare strumento negoziale rientra nel novero dei contratti atipici e traduce un rapporto nel quale un soggetto (sponsor), volendo ottimizzare le forme di pubblicizzazione di propri segni distintivi (in genere il nome dell'azienda o di singole branche, particolari marchi di cui la stessa è titolare, compresi marchi rispetto ai quali si vuole avviare un lancio pubblicitario) corrisponde denaro o fornisce beni (o servizi) ad un altro soggetto (*sponsee*), il quale si obbliga ad un facere, ossia a realizzare, nell'ambito della propria attività caratteristica, una o più prestazioni specifiche volte a diffondere il logo dello sponsor.

Sussiste una netta (e necessaria) correlazione tra la sponsorizzazione e lo sviluppo da parte dello *sponsee* di attività proprie (strettamente connesse alla realizzazione delle sue finalità istituzionali) che si prefigurano pertanto come gli elementi di fondamento di un contesto particolare (un'iniziativa attuativa di un programma, un progetto articolato, uno sviluppo del piano gestionale, ecc.) nel quale si esplicano gli effetti dell'intervento (economicamente apprezzabile) dello sponsor.

Il contratto di sponsorship è quindi qualificabile come il complesso di regole pattizie che disciplinano un rapporto:

- a titolo oneroso (le parti accettano un sacrificio a fronte di un vantaggio – per lo sponsor il ritorno pubblicitario, per lo *sponsee* la disponibilità di risorse – di particolare rilievo) (2);
- implicante prestazioni corrispettive particolarmente qualificate (in special modo, l'attività realizzata dal soggetto sponsorizzato si concretizza in una prestazione di mezzi, consistente nella veicolazione dei segni distintivi dello sponsor secondo le modalità stabilite dal contratto).

E' peraltro interessante rilevare come lo sponsor debba il corrispettivo pattuito anche se non realizza il ritorno pubblicitario sperato, rispetto al quale sussiste, quindi, un possibile rischio, solo in parte "attenuato", nella sua portata, dal raffronto con la quantità e la qualità di prestazioni in capo al soggetto sponsorizzato.

Volendo considerare il possibile utilizzo delle sponsorizzazioni negli ambiti di attività delle Pubbliche Amministrazioni (in particolare di quelle dell'Ente Locale e dei soggetti pubblici comunque con utenza di servizi estremamente differenziati), è necessario rilevare che in tali "sfere" sono comprese progettualità e forme di intervento di elevato valore, potenzialmente "spendibili" presso qualificati interlocutori esterni, interessati a sostenerne la realizzazione.

Alcune iniziative, sviluppate in aree particolari (attività sociali, cultura, assistenza sociale, formazione, attività produttive e turistiche), presentano profili di straordinario rilievo per l'incidenza relativa sul contesto economico locale o sulle linee di bisogno della popolazione: tuttavia la progettazione di simili interventi qualificati viene ad essere spesso rapportata ad un quadro di riferimento di budget limitato.

La traduzione effettiva di simili potenzialità può pertanto trovare la propria fonte di finanziamento in risorse "atipiche", come possono essere appunto qualificati i proventi dei contratti di sponsorizzazione.

I soggetti privati che presentano le loro proposte come sponsors rappresentano in realtà un sistema articolato nel quale rientrano molteplici interlocutori intenzionati ad attivare processi di collaborazione con gli Enti Locali ed al quale questi ultimi possono rivolgersi per individuare forme di supporto economicamente rilevanti.

La sponsorizzazione, quindi, è strumento utile per l'acquisizione di risorse finanziarie o strumentali, sia economiche sia tecniche, quali:

- corrispettivi in denaro e finanziamenti (per essi necessita l'attivazione di una procedura relativamente complessa, a fronte delle regole dettate dalla normativa sulla contabilità pubblica);
- forniture di beni direttamente utilizzabili per la realizzazione dell'attività o della progettualità (in tal caso l'acquisizione del bene è vincolata al suo uso prioritario, e normalmente per un tempo limitato, in relazione all'iniziativa, ma comporta anche il collaudo e l'inventariazione);
- forniture di servizi, correlati all'effettiva "traduzione" dell'attività, del progetto o dell'iniziativa, aventi anche natura "consulenziale".

A fronte di prassi ormai consolidate e della relativa maggiore autonomia dell'Ente Locale nell'utilizzo della risorsa, nonché di elementi-guida sufficientemente certi dati dalla normativa sembra necessario focalizzare l'attenzione sulla sponsorship attuata mediante corresponsione, da parte dello sponsor, di somme di denaro, dovendosi peraltro tener conto che queste, per il soggetto imprenditoriale od associativo che le mette a disposizione, sono risorse "pregiate", al cui investimento corrisponde un'attesa di ritorno particolarmente elevata.

Strategie e scelte operative per lo sviluppo di contratti di sponsorizzazione

La formalizzazione di rapporti di sponsorizzazione per attività o progetti di un "soggetto pubblico" (Ente Locale, Azienda Sanitaria, Ministero, ecc.) presuppone la definizione del ruolo dello stesso quale *sponsee* (quindi di parte contrattuale teoricamente "sollecitata" dall'offerta dello sponsor), ma contestualmente si deve rilevare come l'approccio a strategie di reperimento di risorse qualificate presso "sostenitori" privati comporti per le Pubbliche Amministrazioni l'elaborazione (necessaria) di valutazioni di fattibilità in base alle quali risulta possibile comprendere:

- quale "utilitas" relativa viene ad avere la sponsorizzazione in ordine alle attività sponsorizzate, con l'acquisizione di finanziamenti o di beni reinvestibili in possibile alternativa tra una molteplicità generalizzata di linee di prodotto o una singola azione istituzionale;
- come possono essere reinvestite le risorse (prevalendo l'effettività delle iniziative e delle progettualità sponsorizzabili sulle ipotesi generiche, a fonte delle esigenze dello sponsor).

La volontà di ricorrere alla sponsorship costituisce il preludio ad un processo con molteplici passaggi, nei quali le progettualità specifiche prendono forma e consentono lo sviluppo di una strategia “economicamente apprezzabile”, comunque assai articolata.

L'elemento-chiave dell'intero procedimento si rinviene nell'analisi condotta dall'Amministrazione in ordine al “valore” dei propri servizi, con riferimento alle potenzialità degli stessi sotto i profili della “visibilità” esterna, della “appetibilità” per gli sponsors, della sostanziale traduzione in termini commerciali.

I soggetti pubblici sono quindi chiamati a tradurre tali analisi in vere e proprie scelte di marketing, finalizzate a dare una dimensione qualitativa ai percorsi di miglioramento esperibili con le sponsorizzazioni, ma, soprattutto ad “attirare” finanziamenti, beni, servizi messi a disposizione da privati interessati alla veicolazione di propri messaggi o segni distintivi attraverso servizi ed attività di Enti Locali, Aziende Sanitarie, Ministeri.

Da questo momento (ossia da quando le Pubbliche Amministrazioni acquisiscono consapevolezza su “cosa” possono “vendere” e per quali ragioni), i processi finalizzati alla definizione di rapporti di sponsorizzazione trovano la loro traduzione in atti formali.

Il primo di questi è dato nella determinazione degli obiettivi ai quali si vuole associare, in fase realizzativa, l'utilizzo delle sponsorships, con evidente correlazione rispetto alle logiche di budget.

La prospettiva di sviluppo delle particolari attività comporta quindi:

- la delineazione del percorso amministrativo-contabile che deve condurre (in piena compatibilità con regole, vincoli e limiti dati) alla stipulazione ed all'esecuzione dei contratti di sponsorizzazione interessanti l'Amministrazione;
- la definizione delle sub-strategie di reinvestimento dei finanziamenti o di utilizzo dei beni acquisiti, con particolare riguardo per le esigenze dello sponsor (“composte”, peraltro, in obblighi contrattuali ben precisi);
- l'ideazione e la messa in opera di metodologie e di strumenti di valutazione dell'efficacia delle sponsorizzazioni, sia con riferimento ai vantaggi della Pubblica Amministrazione (rilevanza delle economie di bilancio, soddisfazione dei clienti interni ed esterni, ecc.), sia, soprattutto, con attenzione per la soddisfazione degli sponsors (rilievo della platea potenziale o effettiva, riscontri specifici, ecc.).

Un dato da non trascurare è ovviamente da rinvenire nel giudizio dell'utenza sull'associazione “sponsorizzazione del privato-miglioramento dell'attività o del servizio prodotti dal soggetto pubblico”: entrano in gioco temi etici, considerazioni di opportunità e problematiche politiche, ma l'Amministrazione deve capire se la scelta ha avuto risvolti positivi in termini di apprezzamento delle proprie strategie d'azione.

Le disposizioni specifiche sulle sponsorizzazioni in ambito pubblico: opportunità, criticità e paradossi

L'importanza del fenomeno sponsorship in ambito pubblico ha indotto il legislatore a costruire un sintetico quadro regolamentativo dei processi di formalizzazione dei contratti di sponsorizzazione: ne è scaturito un complesso di elementi non sempre facilmente applicabili, ma senza dubbio “a forte valenza sollecitatoria” per Pubbliche Amministrazioni in difficoltà di fronte a scelte operative per il risparmio o la razionalizzazione di risorse comportanti il ricorso a contratti atipici.

Il singolare sistema normativo si fonda su un complesso di disposizioni senza dubbio perfezionabile e comunque definitivo di buone garanzie per l'attivazione di azioni gestionali concludenti alla realizzazione di proficui rapporti pubblico-privato.

L'art. 43 della Legge n. 449/1997 costituisce il principale riferimento normativo per la stipulazione di contratti di sponsorizzazione da parte di amministrazioni pubbliche, in cui le stesse siano *sponsee* (ossia i soggetti che fruiscono dei finanziamenti dello sponsor).

I particolari rapporti sono finalizzati a favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa ed a realizzare maggiori economie, nonché una migliore qualità dei servizi prestati.

Essi possono essere tradotti in veri e propri contratti od in accordi di collaborazione: in ogni caso la controparte dell'Ente Locale deve rientrare tra quelle individuate dalla disposizione normativa, ossia soggetti privati ed associazioni, senza fini di lucro, costituite con atto notarile.

Il complesso dei vincoli e dei limiti è ricondotto ad una norma in base alla quale le iniziative oggetto della sponsorizzazione devono essere dirette al perseguimento di interessi pubblici, devono escludere forme di conflitto di interesse tra l'attività pubblica e quella privata e devono comportare risparmi di spesa rispetto agli stanziamenti disposti.

E' peraltro necessario rilevare che:

- la disposizione non si applica nei casi in cui le sponsorizzazioni e gli accordi di collaborazione siano diretti a finanziare interventi, servizi o attività non inseriti nei programmi di spesa ordinari;
- in ambito culturale continuano ad applicarsi le particolari disposizioni in tema di sponsorizzazioni ed accordi con i privati relative alle amministrazioni dei beni culturali ed ambientali e dello spettacolo, nonché ogni altra disposizione speciale in materia (si veda al riguardo quanto stabilito, sino alla sua abrogazione, dall'art. 2 della Legge n. 352/1997).

L'intero art. 43 della Legge n. 449/1997 è stato abrogato da altra norma di Legge, attraverso il collegamento a successivi interventi di delegificazione.

Se la situazione ingenera un paradosso per la generalità delle Pubbliche Amministrazioni, per gli Enti Locali viene ad assumere rilievo ancora maggiore, trovandosi questi privi dei riferimenti per l'attuazione di una delle misure previste dall'innovato art. 28 della Legge n. 448/1998 per far fronte agli impegni previsti dal patto di Stabilità.

Simili valutazioni debbono essere rese in considerazione del fatto che molte Amministrazioni Pubbliche (Ministeri, Enti Locali, Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) utilizzavano proficuamente quella disposizione per aprire canali di collaborazione con i privati, per acquisire risorse qualificate, per recuperare somme da destinare al miglioramento di servizi ed alla realizzazione di iniziative di qualità. Inutile, per altro verso, pensare alle disposizioni regolamentari attuative, predisposte da Comuni, Province, altri soggetti pubblici, nelle quali l'esplicito richiamo alla disposizione di Legge viene ad essere superato.

Da tale contesto critico vengono a prodursi effetti negativi anche per tutte le previsioni dei contratti nazionali di lavoro (si veda ad esempio l'art. 17 di quello vigente per il periodo 1998-2001 per i dipendenti degli Enti Locali) e degli accordi integrativi volte a disciplinare le modalità di incentivazione del personale con riferimento all'abrogando art. 43.

Il paradosso si è venuto a creare in forza di quanto previsto dalla Legge 31 marzo 2000, n. 78, inerente la delega al Governo in materia di riordino della disciplina riguardante le Forze dell'Ordine.

L'art. 6 della Legge, infatti, prevede che, con una serie di regolamenti ex art. 17 della Legge n. 400/1988, siano ridefiniti una serie di aspetti (compresi alcuni profili gestionali per l'attività delle bande musicali) dell'organizzazione delle Forze dell'Ordine, stabilendo (comma 5) che dall'entrata in vigore degli stessi siano abrogate una serie di disposizioni di Legge, tra le quali

(lettera m del comma citato) risulta anche l'art. 43 della Legge n. 449/1997, nel suo complesso. L'articolo in questione tratta di sponsorizzazioni, in quanto le riferisce alle attività dei gruppi sportivi e delle bande musicali della Polizia, dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, ammettendole come strumento utilizzabile sia per gruppi che per singoli atleti.

La previsione abrogativa non fa riferimento, come logica imporrebbe, a parti specifiche dell'art. 43 incompatibili con la nuova normativa, ma all'intera disposizione, che, tutta compatta, passerà quindi a "miglior vita" (storia della legislazione sulle sponsorizzazioni, ecc.) nel momento in cui saranno adottati dal Governo i regolamenti di delegificazione finalizzati a disciplinare, tra l'altro, l'utilizzo delle sponsorizzazioni da parte di specifiche articolazioni delle Forze dell'Ordine.

Resta il (ragionevole) dubbio sulla possibile "distrazione" del legislatore, che ha condotto all'approvazione di una disposizione (appunto l'art. 6 della Legge n. 78/2000) incidente in modo ampiamente negativo su un quadro normativo destinato all'evoluzione ed al rafforzamento delle sponsorizzazioni, come strumento di straordinaria rilevanza per le Amministrazioni Pubbliche in un sistema di risorse "scarse".

Il singolare paradosso lascia tuttavia aperto il canale dell'esercizio dell'autonomia contrattuale da parte delle Pubbliche Amministrazioni, con riconsiderazione sostanziale delle strategie prelusive allo sviluppo dei processi per formalizzare contratti di sponsorizzazioni.

Gli Enti Locali potranno peraltro utilizzare i contratti di sponsorizzazione per migliorare la gestione delle attività, acquisendo consulenze e prestazioni di servizio qualificate, in base a quanto previsto dall'art. 119 del Testo Unico sull'Ordinamento delle Autonomie Locali (TUAL), il quale si pone come disposizione applicativa proprio dell'articolo 43 della Legge n. 449/1997, delineando per Comuni, Province ed altri Enti Locali la sponsorship come strumento flessibile e dagli indubbi vantaggi sotto il profilo del risparmio di risorse.

La particolare innovazione normativa prodotta dal testo unico definisce chiaramente la finalizzazione di tali contratti, ossia il loro utilizzo per favorire una migliore qualità dei servizi prestati, ipotizzabile in termini di:

- sviluppo di progettualità innovative, correlabili alla programmazione ordinaria o integrabili con la stessa;
- innalzamento degli standard di "produzione" e di distribuzione dei servizi dell'Ente, con particolare riguardo per la soddisfazione degli utenti;
- reimpostazione qualitativa di alcune linee di produzione (ad esempio specifiche funzionalità nel campo dell'assistenza agli anziani, attività integrative socioeducative, ecc.);
- supporto a processi informativi e formativi qualificati.

La peculiarità del dato normativo contenuto nell'art. 119 del TUAL è peraltro individuabile nello scopo che debbono avere i contratti di sponsorizzazione, gli accordi di collaborazione e le convenzioni ad essi assimilabili stipulati dalle Amministrazioni Locali (intese in senso ampio, in quanto la norma vi fa rientrare i comuni, le province e gli altri enti locali indicati nello stesso testo unico): essi devono essere diretti a fornire consulenze o servizi aggiuntivi.

Risulta di tutta evidenza come la previsione legislativa consenta l'apertura di un "mercato", nel quale gli Enti Locali dovranno rendere economicamente "appetibili" le loro progettualità, avendo tuttavia la possibilità di fruire di interventi consulenziali qualificati o di acquisire servizi particolari.

Rispetto all'art. 43 della Legge n. 449/1997 la norma del testo unico sembra porsi come elemento specificativo, volto a dare un "indirizzo" determinato e ad assicurare elementi-chiave per un utilizzo concreto di tali strumenti contrattuali da parte delle Amministrazioni Locali.

Un aspetto peculiare dell'innovativo art. 119 del TUAL è senza dubbio anche l'estensione del novero di soggetti con i quali l'Ente Locale potrà formalizzare rapporti di sponsorizzazione

o similari. Per quel che riguarda i privati non sussistono specifiche limitazioni, con evidente possibilità per le Amministrazioni di ampliare la loro platea di sponsor potenziali.

La maggiore novità, tuttavia, è data dalla previsione del possibile utilizzo dei contratti di sponsorizzazione anche nelle relazioni con partners pubblici, quindi consentendo a Comuni, Province ed altri Enti Locali di attivare veri e propri processi di trasferimento di *know-how* da pubbliche amministrazioni all'avanguardia.

Le sponsorizzazioni per attività e progetti nell'ambito della sanità pubblica

L'utilità dei contratti di sponsorizzazione è stata rilevata e "tradotta" positivamente anche nell'ambito sanitario, con sperimentazioni prodotte in alcune regioni, finalizzate all'utilizzo di nuovi "strumenti" d'azione, quali i contratti atipici (3). Tale prospettiva assume sostanziale rilievo in ordine alle innovazioni introdotte dal DL.vo 19 giugno 1999, n. 229 nell'impianto normativo del DL.vo n. 502/1992.

In particolare possono essere oggetto di sponsorizzazione molteplici attività ed interventi riconducibili:

- alle sperimentazioni gestionali realizzabili in forza dell'art. 9-bis del richiamato DL.vo n. 229/1999;
- alla formazione del personale (formazione continua, formazione manageriale), secondo le previsioni degli artt. 16-ter, 16-quater e 16 quinquies del decreto;
- ai piani per la salute, intesi come i piani poliennali guidati dagli Enti Locali ed elaborati dagli stessi di concerto con le Aziende Sanitarie.

Il dato senza dubbio più interessante, quantomeno per i termini regolativi dell'utilizzo delle sponsorship, è rinvenibile nella deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia n. 6/42718 del 29 aprile 1999: il provvedimento delinea una serie di criteri-guida, che possono essere tradotti in azioni specifiche dalle Aziende Ospedaliere (AO) e dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) al fine di reperire nuove risorse.

Rispetto ad una visione strategica nella quale per le Aziende Sanitarie è richiesta l'individuazione di nuovi modelli organizzativi e di strumenti flessibili per aumentare l'efficienza nell'erogazione di servizi essenziali, la stipulazione dei contratti di sponsorizzazione è definita come misura di sostanziale rilievo ed importanza operativo-gestionale, coerente con la sperimentazione di modelli organizzativo-procedurali innovativi e con i processi di aziendalizzazione delle ASL e delle AO.

La deliberazione prevede (4) che le sponsorizzazioni possano essere realizzate nell'ambito del settore sanitario, precisando come unico "limite operativo" l'accertamento dell'insussistenza di dati od elementi in qualche modo compromettenti per l'indipendenza e l'immagine delle Aziende.

Il profilo di maggior interesse è tuttavia prodotto nella parte del provvedimento nel quale:

- vengono ad essere esplicitate tutte le condizioni di vincolo e di garanzia per la formalizzazione dei contratti;
- viene ad essere prevista la necessaria evidenziazione delle condizioni da un "progetto di convenzione", nel quale devono essere riportate in modo dettagliato le motivazioni che inducono l'Azienda ad assumere l'iniziativa;
- è determinata una procedura rigorosa in ordine all'approvazione dei progetti specifici (con intervento della stessa Regione).

La deliberazione costituisce un esempio significativo di linee-guida per lo sviluppo di progettualità (5) e di iniziative sostenibili mediante contributi di sponsor qualificati, finalizzate alla valorizzazione dei compiti istituzionali delle ASL e delle AO nell'ambito del Piano sanitario nazionale e dei piani regionali.

A fronte di tali logiche e strategie (innovative) d'azione si rende quindi necessario attivare dei processi di analisi costruttiva, nell'ambito dei quali possano emergere obiettivi ben precisi (umanizzazione dei servizi, miglioramento delle comunicazioni struttura-utenza, ecc.), elementi innovativi (veicolazione dei messaggi di pubblicizzazione dello sponsor attraverso modalità *soft*, ecc.), nonché percorsi procedurali di garanzia (evidenza pubblica per la selezione degli sponsor, correlazione con altri progetti).

Bibliografia e note

1. De Giorgi MV. Sponsorizzazione e mecenatismo. In: *Le sponsorizzazioni*. Padova: Cedam Editore; 1989.
2. Torrente A, Schlesinger P. *Manuale di diritto privato*. Milano: Giuffrè Editore; 1994. p. 149-50.
3. Un'interessante elaborazione è stata prodotta con il report conclusivo del Corso di perfezionamento di Diritto Sanitario dell'Università degli Studi di Bologna, nell'anno accademico 1994-1995. La pubblicazione (Attività sanitaria e nuovi contratti atipici, Bologna 1995, coordinamento a cura di M. Dugato) pone in evidenza l'ampia diffusione dell'utilizzo dei contratti atipici nell'ambito dell'azione amministrativa di molti soggetti pubblici, compresi quelli operanti nel settore sanitario.
4. Ai contratti di sponsorizzazione è dedicata trattazione specifica nei punti 4.5 e 5.2 della deliberazione.
5. Il progetto di "traduzione" di tali linee guida con contenuti più significativi è stato sviluppato dall'Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano, con creazione anche di un network interregionale di aziende.

L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE IN AMBITO SANITARIO: ASPETTI GIURIDICI E FISCALI

Giovanni Bianchi
Geneva Group International, Milano

Le esigenze di riforma del welfare spingono tutti i paesi a rivedere l'organizzazione dell'offerta dei servizi, per far fronte alla diversa domanda di sanità scaturente dalle mutate circostanze demografiche (abbassamento della mortalità infantile, innalzamento della speranza di vita, calo della fertilità, ecc.) e dalla introduzione di tecnologie sempre più avanzate (1-3). In questo quadro è comune e crescente in tutti i paesi la consapevolezza di dover tenere presenti le esigenze di bilancio della sanità tanto a livello macro (il sistema paese e le sue articolazioni territoriali) quanto a livello micro (la singola azienda sanitaria). E ciò, si badi bene, vale sia nei paesi (Europa) nei quali l'offerta del servizio sanitario è prevalentemente pubblica, sia in quelli (Stati Uniti) nei quali prevale la produzione privata o mutualistica del servizio.

Si inserisce in quest'ambito l'introduzione dei cosiddetti *tickets*: momenti di partecipazione individuale alla spesa, diretti più che al finanziamento della prestazione specifica, al contenimento degli sprechi connessi alla completa gratuità del servizio. La stessa logica si riscontra anche nel desiderio di trovare forme di finanziamento alternative che valorizzino, pur nei limiti istituzionali del servizio pubblico, quei beni intangibili – ma non per questo meno reali – che al giorno d'oggi vanno in tutti i campi assumendo sempre maggior valore – e che sono sicuramente presenti anche nel mondo della sanità.

Non bisogna inoltre dimenticare che, con la pubblicizzazione del servizio sanitario, si è registrato un crollo nelle donazioni e nei lasciti ad ospedali ed a strutture di ricerca e di assistenza: una flessione del mecenatismo che è un altro dei problemi aperti se si vuole dare avvio ad un nuovo corso nella politica del finanziamento della sanità (4-5).

L'incontro di oggi affronta quindi un tema di sicura attualità ed interesse. Un tema che è “delicato” come “delicata” è comunque la realtà della salute e della malattia in una persona umana. Chi scrive non è certo favorevole ad uno sviluppo indiscriminato della “pubblicità” e della “sponsorizzazione” nell'ospedale. Ciò, si badi bene, non è solo questione di “regole” che definiscano “spazi”, “modalità”, e “prodotti”, ma piuttosto attenzione e rispetto della persona nel momento della malattia (causa di sofferenza per sé e per i familiari). Aspetti questi che devono sempre e comunque informare le decisioni dell'ospedale e pertanto devono essere tenuti presente anche quando si tratti di stabilire caratteristiche e condizioni di eventuali rapporti di sponsorizzazione.

Gli aspetti giuridici: problematiche di carattere amministrativo

La liceità dei “contratti di sponsorizzazione” nella Pubblica Amministrazione (PA) è stata riconosciuta sin dai primi anni '90 trovando fondamento – per quanto riconosce la giurisprudenza amministrativa – nell'art.11 della Legge 241 del 7 agosto 1990. In due interessanti sentenze i Giudici amministrativi siciliani, riconosciutane la liceità astratta sul piano della piena capacità di agire di diritto privato, ne limitano peraltro quella concreta sottolineando

come vincolo posto all'ente quello dato dalla sua "finalità istituzionale". La sentenza del 1997 arriva a negare la liceità del contratto di sponsorizzazione quando con esso "venga alterato il ruolo – e l'immagine – di neutralità dell'amministrazione stessa" (6).

Il riconoscimento positivo è stato introdotto con l'art. 43 della Legge n. 449 del 27 dicembre 1997 (finanziaria 1998). Può essere interessante una disamina attenta della disposizione, perché ci aiuta a comprendere la *ratio* della sua introduzione. Il primo comma afferma infatti: "al fine di favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa e di realizzare maggiori economie, nonché per una migliore qualità dei servizi prestati, le pubbliche amministrazioni possono stipulare contratti di sponsorizzazione ed accordi di collaborazione con soggetti privati ed associazioni, senza fine di lucro, costituite con atto notarile". Il secondo comma afferma che tali iniziative "devono essere dirette al perseguimento di interessi pubblici, devono escludere forme di conflitto di interesse tra l'attività pubblica e quella privata e devono comportare risparmi di spesa rispetto agli stanziamenti previsti". Vengono poi dettate norme specifiche sulla destinazione dei "risparmi così ottenuti" facendo comunque salve le disposizioni relative all'amministrazione dei beni culturali ed ambientali e dello spettacolo.

La norma appare – come spesso oggi accade – un manifesto un po' disordinato di buone intenzioni. Non molto ragionevole l'accostamento della sponsorizzazione con l'innovazione amministrativa e forse anche improprio è il ritenere che possa consentire "risparmi" – a meno che non si pensi ad accordi di sponsorizzazione con fornitori che cedono merci a prezzi ridotti in forza della sponsorizzazione. Ci sembra che – almeno nella generalità dei casi – la sponsorizzazione possa favorire nuove forme, autonome, di finanziamento, più che essere mezzo per realizzare le auspiccate economie e per consentire il miglioramento dei servizi. La norma fa poi riferimento ad "accordi di collaborazione con soggetti privati": è qui che dovrebbe trovare spazio la cosiddetta "esternalizzazione dei servizi" (*outsourcing*), realtà ormai comune in tutti i paesi ma che, purtroppo, trova ancora un forte ostacolo nella non trasparenza dell'imposizione indiretta comunitaria (7).

Troviamo ancora riferimento, a volte indiretto, alla sponsorizzazione, nelle successive leggi finanziarie:

- quella del 1999 (art. 28 della Legge 23 dicembre 1998 n. 448) in tema di "patto di stabilità interno", al fine della "riduzione del disavanzo annuo" si pone l'obiettivo di porre in essere alcune "azioni" tra le quali mi sembra interessante, per il tema che trattiamo, citare, alla lettera a) del secondo comma, il "perseguimento di obiettivi di efficienza, aumento della produttività e riduzione dei costi nella gestione dei servizi pubblici e delle attività di propria competenza", alla lettera d) "aumento del ricorso al finanziamento a mezzo prezzi e tariffe dei servizi pubblici a domanda individuale".
- la finanziaria del 2000 (approvata con Legge 23 dicembre 1999 n. 488) con l'articolo 30 comma 8, sempre in tema di "patto di stabilità interno", aggiunge, all'articolo sopra citato della Legge 448/1998, il comma 2 bis) riguardante quelle che definisce "specifiche misure" che "nella loro autonomia" "le regioni, le province autonome, le province, i comuni e le comunità montane"(questi i soggetti attori di quanto dispone l'articolo 28 della Legge 448/1998) possono adottare. Oltre ad alcune riduzioni di spesa (personale, consulenze) si auspica con la lettera c) che gli enti territoriali possano "sviluppare le iniziative per la stipula di contratti di sponsorizzazione, accordi e convenzioni previsti dall'articolo 43 della Legge 27 dicembre 1998 n. 449, allo scopo di realizzare maggiori economie nella gestione" ed alla lettera f) che possano "procedere alla liberalizzazione del mercato dei servizi pubblici, rimuovendo gli ostacoli all'accesso di nuovi soggetti privati e promovendo lo sviluppo dei servizi pubblici locali mediante l'utilizzo di tecniche di finanziamento con ricorso esclusivo a capitali privati".

L'aspetto problematico della questione si manifesta in modo particolare con l'abrogazione – a dire il vero infelice – dell'articolo 43 della Legge 449/1997 sopra citata contenuto nella lettera m) del 5° comma dell'articolo 6 (in tema – sic!- di “Disposizioni per l'Amministrazione della Pubblica sicurezza e per alcune attività delle Forze di polizia e delle Forze Armate”) della Legge 31 marzo 2000 n. 78. Tale abrogazione non diviene peraltro operativa se non con l'entrata in vigore del regolamento previsto dal 4° comma da emanarsi ai sensi dell'art. 17, comma 2, della Legge 23 agosto 1988, n. 400.

Si tratta di una disposizione di difficile lettura. Provo a proporre due diverse (e contrastanti). La prima interpretazione è quella che attribuisce a questa abrogazione una valenza meramente interna all'ambito di quella particolarissima categoria di dipendenti pubblici che sono le Forze di Polizia ed i Carabinieri. Dipendenti per i quali – è evidente – devono valere norme specifiche a tutela della delicatissima funzione che svolgono per il mantenimento dell'ordine pubblico. Ed è questa circostanza sufficiente a giustificare la previsione di un intervento autoritativo e centralistico come il regolamento ex art. 17 della Legge 400/1988 volto ad “assicurare criteri omogenei di valutazione per l'autorizzazione delle sponsorizzazioni”. Questa lettura trova conforto nel fatto che, ad eccezione della norma in questione, tutte le altre disposizioni abrogate dal 5° comma (lettere da a sino ad l) si riferiscono unicamente alle amministrazioni dedicate al mantenimento dell'ordine pubblico. Non vi è dubbio che questa interpretazione, se pur avvalorata da una *ratio legis* che appare evidente dalla lettura complessiva della norma, appare pur sempre debole stante il chiaro tenore letterale della disposizione che non pone esplicitamente alcun limite alla abrogazione del citato articolo 43. Certo, in via di fatto, la citata abrogazione verrebbe meno laddove il Governo – pur in presenza di una delega ad operare in via regolamentare che potrebbe essere considerata non limitata ai soli settori regolati dalla Legge 78 del 2000 – utilizzasse tale norma per introdurre un regolamento solo per la materia specifica della Legge in questione, materia che per la delicatezza che riveste sicuramente richiede quei “criteri omogenei di valutazione” anche per le sponsorizzazioni. Si può forse anche aggiungere che, laddove il Governo utilizzasse la norma al di fuori del settore specifico regolato dalla Legge 78/2000 o comunque invadesse il campo delle autonomie regionali, opererebbe probabilmente in violazione del dettato costituzionale.

La seconda lettura è quella, spero non corretta, che vede nella previsione di questo regolamento, un subdolo tentativo di porre, attraverso una disposizione nata in ambito molto ristretto e particolare, limiti alla libertà prima “concessa” in via generale agli operatori del settore pubblico. Si è visto però che, mentre per il settore dell'ordine pubblico appare evidente la necessità di un intervento regolatore, lo stesso in altri settori – e penso specialmente alla sanità – potrebbe apparire come una indebita ingerenza in ambiti delegati. Si è comunque del parere che, malgrado l'infelice generica previsione abrogativa dell'articolo 43 della Legge 449/1997 incluso nella Legge 78/2000, i contratti di sponsorizzazione potranno comunque essere effettuati dalle pubbliche amministrazioni. Questo, non solo perché il riferimento alla Legge 449/1997 incluso nella finanziaria 2000 non sembra essere fondante la disposizione, ma unicamente un riferimento al tipo contrattuale, bensì per motivi molto più pregnanti: per il principio di capacità giuridica di diritto privato delle Pubbliche Amministrazioni, che si fa sempre più strada nell'ordinamento e, specie per il settore sanitario, per il principio di capacità imprenditoriale dell'azienda sanitaria. Quest'ultimo è stato accentuato dall'introduzione del DL.vo 229/1999 anche se risultava già presente nella libertà contrattuale e nella autonomia di gestione delle aziende sanitarie riconosciuta dalla giurisprudenza di cui si è detto all'inizio del paragrafo (8).

Per quanto ci riguarda – il settore sanità – vi è poi la necessità di esaminare la compatibilità degli accordi di sponsorizzazione con quanto prevede l'articolo 9 bis del DL.vo 517/1993 come sostituito dall'art. 10 del DL.vo 229/1999 in tema di “sperimentazioni gestionali”. Questo

articolo infatti non limita l'autonomia dell'ente pubblico operante nella sanità alle sole sperimentazioni approvate dalla conferenza permanente Stato/Regioni e Province Autonome. Il tenore della norma fa ritenere che tale limitazione riguardi unicamente quelle sperimentazioni gestionali che comportano la costituzione di nuove entità giuridiche (società miste, realtà consortili, fondazioni) e non anche meri accordi contrattuali come sono le sponsorizzazioni. Lo si desume, in positivo, dalla lettura del primo comma ove si parla della ricerca di “nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del Servizio Sanitario Nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzioni di società miste a capitale pubblico e privato. In negativo alla stessa conclusione si perviene esaminando quanto vieta il quarto comma ove si Legge che “al di fuori dei programmi di sperimentazione [...] è fatto divieto alle aziende del Servizio Sanitario Nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute”. Se è quindi possibile concludere per la liceità della costituzione di società miste pubblico/privato purchè operanti al di fuori degli ambiti diretti di tutela della salute (si pensi ai servizi ausiliari e di supporto), a maggior ragione, si dovranno ritenere possibili gli accordi di sponsorizzazione (9).

Necessità di una maggior consapevolezza della rilevanza economica delle problematiche fiscali

Tratteggiati i motivi di carattere economico e giuridico che suggeriscono le linee guida nell'analisi del rapporto tra sanità e sponsorizzazione, passerei ad una disamina del problema centrando in modo particolare l'attenzione – a differenza di quanto avviene normalmente nella dottrina – sulla posizione dell'ente pubblico o dell'ente privato non lucrativo che gestisce l'attività sanitaria. Credo si possa convenire sul fatto che, mentre in questi ultimi anni sia andata crescendo la formazione manageriale anche nella sanità, ancora molto resti da fare tanto a livello micro (delle aziende sanitarie), quanto a livello macro (Regioni, Ministero), per suscitare e formare una maggiore e migliore consapevolezza dell'incidenza della fiscalità sul costo dei servizi (10). È sintomatico, a questo riguardo, oltre a quanto si è detto in tema di sponsorizzazione, il fatto che di fronte alla crescita dell'iniziativa definita, con un pessimo neologismo, esternalizzazione dei servizi (*outsourcing*), sia stato il sistema bancario – seguito dalle assicurazioni – a premere per trovare una equa soluzione al problema (non si trattava di chiedere agevolazioni, ma di richiedere il venir meno di una ingiusta penalizzazione). È solo con grande ritardo che il settore sanitario si sta rendendo conto dell'onere aggiuntivo gravante sul proprio bilancio in seguito alla mancata trasparenza dell'imposta sul valore aggiunto nei confronti dei diversi possibili assetti della produzione dei servizi.

Inquadramento generale della sponsorizzazione

Il tema della sponsorizzazione coinvolge trasversalmente problematiche civilistiche, tributarie ed operative, che vedono spesso contrapposti gli interessi delle varie parti (sponsor/mecenate - sponsorizzato (*sponsee*)/ beneficiario) con profili diversi a seconda delle loro caratteristiche dimensionali e/o giuridiche.

Generalmente sponsor è una impresa e la sponsorizzazione s'inquadra quindi nella realtà imprenditoriale, mentre il mecenatismo, pur presente anche in tale ambito, è frequente anche in persone fisiche non imprenditori, soggetti che meno frequentemente operano come sponsor. La letteratura recente dimostra come l'interesse alla sponsorizzazione, per lo sviluppo di una

visione di apertura al mercato, stia entrando anche nel mondo del non profit e/o dell'ente pubblico (11).

La sponsorizzazione sotto l'aspetto civilistico

Secondo la giurisprudenza della Suprema Corte (12) “lo sponsorizzato [...] si obbliga a consentire, ad altri, l'uso della propria immagine pubblica e del proprio nome, per promuovere un marchio o un prodotto specificamente marcato, dietro corrispettivo; tale uso dell'immagine pubblica può prevedere anche che lo *sponsee* tenga determinati comportamenti di testimonianza a favore del marchio o del prodotto oggetto della veicolazione commerciale”. Si tratta di una definizione particolarmente interessante per il rilievo che, sul piano tributario, potremo dare alla questione. Vi troviamo una Corte che sottolinea e da maggior risalto alla concessione dell'uso dell'immagine piuttosto che alla eventuale compresenza dei “comportamenti di testimonianza” che lo *sponsee* “può” tenere. Insomma la sponsorizzazione non richiede tanto allo *sponsee* un “comportamento” (un *facere*) quanto, come è stato ritenuto da autorevole dottrina (Inzitari) un *patti* (13), una concessione che, a mio parere, si avvicina al dare, se pur qualcosa di immateriale come l'immagine.

Nella sintetica ricostruzione storica del contratto, l'autore citato rileva come negli anni '50 il Santini ritenesse “l'uso dell'immagine della pubblicità commerciale non favorevolmente considerato dal pubblico” dal momento che “induce a credere che la persona abbia fatto commercio del nome e dell'immagine”. Tale commercio è ormai prassi abituale tanto da portare Inzitari a rilevare come “la profonda modificazione verificatasi in questi anni nella generale sensibilità socio-economica della collettività, ormai completamente pervasa da una pressoché assorbente mercificazione anche di quei valori un tempo lontani da qualsiasi forma di valutazione patrimoniale, ha consentito di ritenere sicuramente vincolanti e dotati di carattere di “giuridicità” gli obblighi assunti nell'ambito dei contratti di sponsorizzazione”.

Lo stesso autore fa quindi riferimento a due problematiche giuridiche: quella relativa ai “diritti della personalità” (art. 10 C.C.) e quella concernente il piano della teoria generale delle obbligazioni (art. 1174 C.C.) secondo la quale è necessario che la prestazione oggetto dell'obbligazione sia al tempo stesso “suscettibile di valutazione economica” e corrispondente “ad un interesse del creditore”. Nella connessione “contratto di sponsorizzazione/diritti della personalità” possiamo trovare spunti di approfondimento per le problematiche connesse alla responsabilità dei rappresentanti l'ente sanitario nel caso la sponsorizzazione, e quindi la concessione da loro autorizzata dell'uso dell'immagine dell'azienda, dovesse comportare circostanze in grado di alterare la natura dell'azienda sanitaria stessa e la centralità della propria missione (mission) (14).

Tornando all'aspetto più propriamente civilistico la sponsorizzazione è quindi considerata un contratto atipico (art. 1322 C.C.), a forma libera (art.1350 C.C.), di natura patrimoniale (ex art. 1174 C.C. cfr. Cassazione Civile sez. I, 11 ottobre 1997, n. 9880 in Giustizia Civile 1998, I, 1059), non inquadrabile tra i contratti associativi ma tra quelli di scambio a prestazioni corrispettive (sinallagmatico) (cfr. Cassazione Civile sez. III, 21 maggio 1998, n. 5086 in Giustizia Civile 1998, I, 1833) distinta quindi dall'accordo di patrocinio ritenuto dalla giurisprudenza assimilabile alla “donazione modale” (15), e, a maggior ragione, dalla mera donazione, contratto unilaterale “a titolo gratuito” caratterizzato dall'elemento soggettivo dello “spirito di liberalità” (art. 769 C.C.).

Sponsorizzazione e mecenatismo sotto l'aspetto tributario

Ci troviamo di fronte ad un tema che investe principalmente l'imposizione diretta, l'imposta sul valore aggiunto e, limitatamente ad alcune fattispecie, l'imposta sugli spettacoli. Esigenze di spazio e di tempo impediscono di esaurire i diversi argomenti. Mi limiterà quindi all'esame della posizione sotto il solo aspetto delle imposte dirette, le principali (almeno nell'ottica dell'ente che opera in sanità).

Il regime, nelle diverse imposizioni, non è del tutto coerente con la natura sinallagmatica della sponsorizzazione, fatto consolidato dal punto di vista civilistico. Questa circostanza è grave perché è completamente differente, per entrambi le parti coinvolte, il trattamento di ciò che viene considerato costo inerente ad una attività commerciale – e conseguentemente, ma qui sta parte del problema, ricavo per il ricevente – da ciò che, manifestandosi come espressione di liberalità, non assume rilevanza reddituale per il ricevente, mentre, per il donante, può comportare un beneficio di carattere tributario solo in quanto l'ordinamento riconosca la meritevolezza del settore cui è diretta l'erogazione. La corretta qualificazione della somma ricevuta come sponsorizzazione o come liberalità appare essenziale, per l'ente sanitario.

La posizione tributaria dello sponsor/mecenate

I problemi da risolvere per lo sponsor - alla luce di quanto dispone l'articolo 74, comma 2 del DPR 917/86 ove si prevede la deducibilità piena per le "spese di pubblicità e propaganda" (con facoltà di dedurle in unica soluzione o in quote costanti in cinque anni) mentre per le "spese di rappresentanza" è non solo ridotta al 30% ma anche limitata a quote costanti in cinque anni (massimo 6% di deducibilità l'anno per cinque anni) – sono quindi:

- il riconoscimento della inerenza del costo (in altre parole della definizione del confine tra sponsorizzazione ed erogazione liberale);
- il problema della qualifica della sponsorizzazione come costo di pubblicità o di rappresentanza (e conseguentemente della piena o parziale deducibilità).

Mi limito qui a ricordare come, mentre rimangono minoritari gli interventi del Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) e del Servizio Centrale degli Ispettorali Tributarî (SECIT), accomunati dal prevalere della preoccupazione antielusiva, che tendono entrambi a non riconoscere la piena deducibilità dei costi delle sponsorizzazioni, maggioritaria tanto nella giurisprudenza quanto nella prassi amministrativa sia la tesi del riconoscimento alla sponsorizzazione:

- del carattere di costo inerente alla produzione del reddito stante la natura sinallagmatica del contratto;
- della natura di costo di pubblicità data la carenza della caratteristica di gratuità (16).

La atipicità del contratto e la difficoltà di delimitare il confine tra sponsorizzazione e mecenatismo continuano peraltro a rendere la situazione estremamente fluida e dipendente dall'analisi delle singole fattispecie (17).

Qualora non fosse presente (o ritenuta presente) l'inerenza del costo alla produzione del reddito ci troveremmo nell'ipotesi del *mecenatismo* e la somma erogata potrebbe godere di agevolazioni fiscali solo rientrando nelle fattispecie agevolative previste dalla Legge. Senza entrare in questa sede nell'esame delle diverse fattispecie di detraibilità/deducibilità esistenti sembra interessante soffermarsi su un punto che investe importanza particolare proprio nel settore sanitario.

Nell'ambito del reddito di impresa, che qui esaminiamo con maggiore interesse è centrale quanto dispone il secondo comma, lettera a) dell'articolo 65 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR) approvato con DPR n. 917 del 22 dicembre 1986. Vi si Legge che sono deducibili "le erogazioni liberali fatte a favore di persone giuridiche che perseguono esclusivamente finalità comprese fra quelle indicate nel comma 1 (specifiche finalità di educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale e sanitario o culto) o finalità di ricerca scientifica.

Il Ministero delle Finanze, criticato dalla stessa dottrina più vicina agli ambienti ministeriali, ha mantenuto in passato un atteggiamento estremamente riduttivo in merito. Tale comportamento potrebbe comportare situazioni paradossali se non venisse riesaminato anche alla luce delle nuove disposizioni legislative intervenute.

Con Risoluzione del 23 maggio 1983 n. 9/177 il Ministero ha negato infatti la deducibilità delle "elargizioni effettuate da aziende bancarie a vantaggio di enti ospedalieri per l'acquisto di apparecchiature o strumenti necessari per l'espletamento delle prestazioni mediche, chirurgiche ecc., che costituiscono l'attività istituzionale esercitata dai predetti organismi" ciò in quanto "gli enti ospedalieri e le USL [...] svolgono una sia pur limitata e secondaria attività commerciale, con la prestazione di servizi a terzi dietro corrispettivi specifici, anche se non remunerativi, con la conseguenza che le erogazioni in parola, alla luce della normativa vigente, non possono essere ammesse in detrazione" (18).

Sono gli stessi Leo-Monacchi Schiavo peraltro a ritenere come "l'assenza del requisito dell'esclusività spesso costituisce elemento dissuasivo per l'impresa a fare l'erogazione in ragione dell'onere fiscale ad esso connesso e nel contempo è ostativo per i soggetti astrattamente destinatari della norma agevolativa ad acquisire l'erogazione liberale da utilizzare per finalità pubbliche altrettanto meritevoli di attenzione."

Questa interpretazione formalistica del Ministero (19) era contestabile già al momento della sua formulazione, dal momento che ha confuso "esclusività dei fini" con "esclusività dei mezzi" ed introdotto un discorso sulla modalità di esercizio dell'attività (erogativa piuttosto che corrispettiva) di cui non si trova traccia nel testo normativo. La norma, pur nella sua eccessiva rigidità, parla di esclusività delle finalità indicate al comma 1 e quindi esclusività delle specifiche attività di educazione, istruzione ecc. nulla dice in tema di commercialità o meno delle attività. Si potrebbe quindi ritenere non sussistente il requisito richiesto dalla norma laddove la ASL esercitasse attività (commerciali o meno è ininfluente ai sensi dell'art. 65) estranee alla sanità ed assistenza sociale, non certo per il suo operare secondo modalità corrispettive piuttosto che erogative in ambito socio-sanitario.

L'equivoco appare ancora più evidente oggi, in seguito alla chiara formulazione dell'art. 2 della Legge 23.12.1998 n. 461 che evidenzia come la "commercialità" non sia una "attività" (meno ancora una "finalità") ma mera "modalità" dell'esercizio di una determinata attività (20).

Il problema assume particolare rilevanza laddove la presenza di sponsorizzazioni effettuate dall'ente beneficiario venisse dall'amministrazione finanziaria intesa come attività-fine e non come attività-mezzo, con la conseguenza di precludere al mecenate la facoltà di deduzione anche di quel poco che la Legge avrebbe altrimenti consentito.

Sembra anche importante notare come la citata "esclusività" non può evidentemente limitare l'ente sanitario nello svolgimento di quelle "attività di supporto" senza le quali non potrebbe svolgere le stesse attività sanitarie.

Il trattamento tributario dello sponsorizzato (sponsee)/donatario

Riconosciuta la natura sinallagmatica del contratto di sponsorizzazione, secondo l'ordinario sentire, che ci permetteremo in seguito di valutare criticamente, ne deriverebbe per lo sponsorizzato la rilevanza tributaria della somma in denaro o in natura dovuta dallo sponsor. Questa infatti concorrerà a formare il reddito di impresa, qualora il percipiente eserciti attività commerciale in via abituale, mentre verrà classificata tra i redditi occasionali in carenza di tale requisito (21). Problematica appare comunque la determinazione di quali costi siano da considerare inerenti alla sponsorizzazione e come tali deducibili (22).

Non può peraltro sfuggire la delicatezza della decisione che l'ente deve prendere all'atto di attribuire natura commerciale o meno alla sponsorizzazione, dal momento che, laddove non ne venisse riconosciuta la natura sinallagmatica, nessuna rilevanza ai fini delle imposte dirette avrebbero somme considerate corrisposte quali elargizioni liberali (mecenatismo).

Volendo porre specialmente l'accento sulla posizione dell'ente operativo nella sanità che riceve le sponsorizzazioni, sarà necessario effettuare una serie di considerazioni aggiuntive, anche se certo non esaustive, data la complessità e indeterminatezza dell'argomento (23).

L'attività sanitaria, da chiunque esercitata (ente pubblico/privato, profit/non-profit, operante secondo modalità solo erogative/misto erogative e corrispettive/solo corrispettive) è comunque di grossa complessità, richiede organizzazione e, salvo casi particolari, elevata professionalità tanto nella componente medica quanto in quella paramedica e di supporto.

E' stata considerata un'attività di "impresa", attività "commerciale" secondo la definizione che ne dà il diritto tributario.

In questo quadro, indipendentemente dalle finalità lucrative o meno dell'ente, se prevalente l'attività di azienda sanitaria, l'ente stesso verrebbe attratto nell'ambito degli enti commerciali tassati alla stessa stregua delle società commerciali. Uso il condizionale perché questa affermazione, valida, *de iure condito*, a livello teorico e generale, in alcune circostanze di significativa rilevanza, viene derogata con conseguenze non sempre coerenti con quella che potrebbe apparire la *ratio legis*.

La prima deroga a questo principio è operata dall'articolo 88 del Testo unico delle imposte dirette. Vi si Legge al secondo comma che "non costituiscono esercizio di attività commerciali: l'esercizio di attività previdenziali, assistenziali e sanitarie da parte di enti pubblici istituiti esclusivamente a tal fine, comprese le unità sanitarie locali". Si tratta di una norma di esenzione che, superando la precedente esenzione puramente soggettiva, la limita all'oggettività dell'esercizio di determinate attività di interesse collettivo (24).

La seconda deroga è inserita nel nuovo testo dell'articolo 108 del Testo unico delle imposte dirette come modificato dall'articolo 2 del DL.vo 460 del 4 dicembre 1997 che con l'introduzione del comma 2 bis) afferma che "non concorrono in ogni caso alla formazione del reddito degli enti non commerciali di cui alla lettera c) dell'art. 87: [...] b) i contributi corrisposti da amministrazioni pubbliche ai predetti enti per lo svolgimento convenzionato o in regime di accreditamento di cui all'art. 8, comma 7, del DL.vo 7 dicembre 1993 n. 517, di attività aventi finalità sociali esercitate in conformità ai fini istituzionali degli enti stessi". Si tratta di una norma, tecnicamente molto carente (25) malgrado la interpretazione creativa che di essa ha dato il Ministero delle Finanze nel tentativo, solo in parte riuscito, di correggerne le lacune.

Queste deroghe alla commercialità sollevano problemi all'ente che dovesse porre in essere contratti di sponsorizzazione ritenuti di natura sinallagmatica. Qualora infatti tutta l'attività sanitaria venisse considerata commerciale, l'avanzo necessariamente derivante dalla sponsorizzazione (avendo come fine principale quello di fornire un aggiuntivo canale di

finanziamento all'attività istituzionale ordinaria dell'ente) potrebbe venire annullato dal disavanzo prevedibilmente derivante dall'attività caratteristica. Può essere utile considerare che il "rispetto del vincolo di bilancio" cui le ASL e le aziende del servizio sanitario nazionale sono tenute in forza dell' art. 3 comma 1 ter del DL.vo 517/92, si richiede venga raggiunto "attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie" (mia la sottolineatura). È quindi evidente che il vincolo di bilancio non comporta per l'azienda sanitaria la necessità di chiudere con un avanzo nell'attività "commerciale" (se non decommercializzata *ex lege*). La decommercializzazione prevista da queste deroghe comporterebbe una penalizzazione tributaria dell'ente se da questa dovesse concludersi per l'impossibilità di deduzione, a fronte delle entrate da sponsorizzazione, di quei costi sostenuti dall'ente per l'esercizio della propria attività istituzionale, costi, il cui sostenimento forma la (e dà valore alla) "immagine" che con la sponsorizzazione l'azienda cerca di utilizzare per finanziare la propria attività istituzionale (26).

Per capire può servirci un esempio. Francesco Manfredi nel suo libro "le sponsorizzazioni sociali" (27) parla della sponsorizzazione dell'UNICEF oltre che dell'Istituto Oncologico Romagnolo. Il primo, un ente di diritto internazionale, sicuramente svolge la sua attività su basi "erogative", non certo, come potrebbe fare almeno in parte l'Istituto Oncologico, "corrispettive". È evidente che quante più e quanto meglio gestite sono state e saranno le erogazioni di beni e servizi fatte da un ente di tal genere, tanto maggior "valore" potrà avere la sponsorizzazione per l'azienda che mira ad un ritorno di immagine per sé. Tanto più pertanto – anche solo o prevalentemente per motivi "egoistici" connessi al ritorno di immagine" - sarà quindi disposto lo sponsor a concorrere al finanziamento di tali attività meritevoli. Sulla base di questo ragionamento si coglie però la debolezza dell'assunto "costo per la azienda = ricavo per lo sponsorizzato". L'importo della sponsorizzazione sarà costo per l'azienda nella misura in cui ne sia riconosciuta la natura di spesa di pubblicità (art. 74 comma 2 del Testo Unico delle imposte dirette DPR 917/1986), spesa la cui inerenza (art. 75 comma 5) è ritenuta pacifica. Mi sembra però che non necessariamente ciò che è inerente per lo sponsor in quanto riferito "ad attività o beni da cui derivano ricavi o altri proventi che concorrono a formare il reddito" debba comunque rappresentare un "ricavo" di attività commerciale per lo sponsorizzato (*sponsee*). Questa perplessità tende ad aumentare laddove l'attività abituale o prevalente dello sponsorizzato non sia di carattere commerciale come nei casi dell'UNICEF o delle aziende sanitarie del servizio sanitario nazionale. Se questo ragionamento è corretto ci possiamo trovare di fronte ad una sponsorizzazione che, mentre è costo per lo sponsor, non è ricavo per lo sponsorizzato (*sponsee*) per il quale la somma che riceve "concorre" al finanziamento delle attività istituzionali non commerciali. In questo caso, si badi bene, non viene meno la natura sinallagmatica del contratto di sponsorizzazione, ma si accentua il fatto (di cui si è parlato sopra) che, date le caratteristiche dello sponsorizzato, questi più che prestare un servizio, cede l'immagine la cui valorizzazione è funzione del proprio "essere-se stesso" e quindi "essere-ente-pubblico-sanitario", "essere-ente-erogativo-assistenziale" e via di seguito. Se però il valore che l'immagine dell'ente ha è funzione del suo "essere", ne deriva necessariamente che la tassazione della somma ricavata dalla sponsorizzazione *sic et simpliciter* comporta tassazione non di un reddito ma di una entrata (e per giunta, come nel caso degli enti non lucrativi e pubblici) di una entrata finalizzata al perseguimento di attività istituzionale dell'ente.

Mi sembra che si possa uscire da questo "labirinto" solo in due modi:

- riconoscendo la natura non reddituale della sponsorizzazione per l'ente non lucrativo che svolge attività erogativa o che svolge attività comunque non commerciale (anche se per decommercializzazione *ex lege*);
- nel caso contrario riconoscendo l'inerenza (per somma almeno di pari importo e tale quindi da annullare il ricavo) dei costi e delle spese sostenuti dall'ente nonché delle

erogazioni effettuate perché sono proprio queste ad essere “inerenti” il ricavo da sponsorizzazione, a contribuire cioè a dare “valore economico” all’immagine.

Tra le due soluzioni appare più semplice la prima: è analoga a quella che il legislatore tributario ha già scelto – in tema di IVA – quando ha riconosciuto il carattere non di impresa della quota di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria (*ticket*) (28).

A differenza di quanto avviene con la sponsorizzazione, l’ente che riceve una erogazione liberale (sempreché non sia considerato “ente commerciale”) (29) non ha riflessi di alcun tipo sul piano reddituale. L’importo ricevuto può essere quindi interamente destinato alle finalità meritevoli per le quali è stato erogato senza falcidie di sorta.

I paradossi della attuale situazione di incertezza

Li ho già evidenziati affrontando il tema di “fisco e cultura”, li riporto oggi, affrontando il tema “fisco e sanità”. Lo faccio perché rimangono tuttora aperti e perché auspico, come tanti, che si possa aprire un dialogo costruttivo con l’amministrazione finanziaria perché essa non agisca da freno allo sviluppo di forme alternative di finanziamento dei servizi sociali, sanitari e/o assistenziali come di quelli culturali. Evidentemente questa situazione paradossale verrebbe meno se si accedesse alla tesi che ho prospettato sopra: quella cioè di ritenere la sponsorizzazione sinallagmatica costo per lo sponsor escludendone però la natura reddituale (o annullandone gli effetti attraverso il riconoscimento della deducibilità dei “costi istituzionali” in quanto “inerenti” nella determinazione del valore dell’“immagine”) per l’ente non commerciale sponsorizzato.

Se la sponsorizzazione è – come correttamente ritenuto – assimilabile alle spese di pubblicità e quindi integralmente deducibile dal reddito dello sponsor il beneficio fiscale per lo sponsor (misurato in termini di minor IRPEG e IRAP) è pari al sacrificio (in termini di IRPEG ed IRAP dovute) che dovrà sopportare lo sponsorizzato che non gode di aliquote agevolate e che – si ritiene – ingiustamente, deve considerare quanto versato dallo sponsor come ricavo. Per il fisco l’operazione è neutra: non ci perde né ci guadagna.

Qualora invece la sponsorizzazione venisse assimilata alle spese di rappresentanza sarebbe deducibile solo per il 30% (e per giunta in 5 anni). In questo caso il beneficio fiscale per lo sponsor sarebbe di gran lunga inferiore al sacrificio per lo sponsorizzato ed il fisco, invece di contribuire allo sviluppo della assistenza sanitaria, distoglierebbe risorse da un settore meritevole.

L’esempio numerico mostra come, a fronte di una sponsorizzazione di 100.000 (si trascura l’IVA) in entrambi i casi lo sponsorizzato sosterrrebbe oneri tributari per 41.250 ed avrebbe a disposizione della sanità 58.750. Nel primo caso però il risparmio fiscale per lo sponsor ammonterebbe a 41.250 pari all’onere per lo sponsorizzato mentre nel secondo, a fronte di un beneficio immutato per lo sponsorizzato di 58.750, il costo per lo sponsor sarebbe di 87.625 (maggiore, in realtà, se si tiene conto dell’onere finanziario connesso all’obbligo di suddividere la deduzione in 5 anni) e la differenza di 28.875 (pari al 70% indetraibile dell’importo di 41.250) andrebbe a beneficio del fisco. Il beneficio del fisco (ed il danno per la sanità) da 28.875 salirebbe addirittura a 41.250 qualora l’importo della sponsorizzazione venisse ritenuto sinallagmatico per lo sponsorizzato e non per lo sponsor.

Ci troviamo di fronte a situazioni paradossali, molto più reali comunque di quanto si possa immaginare in presenza di una situazione così incerta. E’ di tutta evidenza che urge intervenire. E’ evidente infatti quanto sia contraddittoria una situazione che vede la sponsorizzazione ora trattata come contratto a prestazioni corrispettive ed assimilato alla pubblicità (imposte dirette) ora assimilato alle contribuzioni liberali (imposta sugli intrattenimenti) senza peraltro che da ciò

ne derivi la logica conseguenza dell'esclusione dall'ambito di applicazione dell'imposta sul valore aggiunto.

Non vi è dubbio peraltro che è proprio la atipicità del contratto a consentire di dar adito a situazioni molto diverse, ora coerenti con la natura sinallagmatica, ora assimilabili alla erogazione liberale. Si sono evidenziati i danni che scaturiscono da questa situazione di indeterminazione ed è chiara l'importanza dell'offrire maggiore certezza agli operatori evitando, da parte di tutti, fisco compreso, di giocare sull'ambiguità, come avviene adesso quando, da un lato la sponsorizzazione viene fatturata come prestazione di servizi (e quindi tassata in IVA e imposte dirette a carico dell'ente sponsorizzato), dall'altro, non essendo pacifico il riconoscimento della natura sinallagmatica del contratto, il costo non è certo venga ritenuto deducibile integralmente.

In questa situazione, nelle fattispecie di confine, laddove il carattere sinallagmatico è meno marcato, l'impresa sponsor è interessata a difendere comunque la natura sinallagmatica della somma erogata:

- per potersi comunque garantire la deducibilità tributaria;
- spesso anche per "prassi amministrativa" potendo cioè i direttori del marketing sostenere oneri per sponsorizzazioni e non "elargire" contributi (circostanza limitata ai poteri dell'organo amministrativo);
- l'ente, al contrario, è maggiormente interessato a somme che gli pervengono per mecenatismo:
- per evitare obbligazioni civilistiche;
- per evitare la falcidia di oneri ed adempimenti tributari.

Normalmente, tra i due contendenti, vince lo sponsor e l'ente è costretto, per ottenere il contributo, a rivestire la contribuzione di una natura sinallagmatica che, a volte, è quasi inesistente.

Considerazioni conclusive

Termino sintetizzando alcuni spunti per una riconsiderazione del rapporto fisco/sanità sotto l'aspetto della sponsorizzazione e del mecenatismo:

- non ha un riscontro nella realtà economica la diversa considerazione tributaria che alcuni (30) hanno preteso di dare differenziando la pubblicità di prodotto, da quella di marchio o dell'azienda in generale (31);
- la giurisprudenza civilistica ritiene la sponsorizzazione contratto sinallagmatico di natura pubblicitaria. Non vi può essere ragione per un diverso inquadramento sotto l'aspetto tributario;
- a natura sinallagmatica del contratto di sponsorizzazione non richiede necessariamente che, rappresentando un costo per l'azienda sponsor, la sponsorizzazione debba essere considerata "ricavo" per l'ente non commerciale sponsorizzato;
- comunque l'ente non commerciale sponsorizzato deve poter considerare inerenti gli oneri e le erogazioni effettuate che hanno concorso a valorizzare la propria "immagine";
- la sponsorizzazione, per gli enti sanitari, rappresenta una modalità – richiesta peraltro dalla Legge – di finanziamento dell'attività sanitaria prestata. Non è quindi una attività estranea all'attività sanitaria: è la monetizzazione del valore dell'immagine che l'azienda ha acquisito attraverso lo svolgimento della propria attività sanitaria. Il ricavato derivante dalle sponsorizzazioni – al di là di quanto già detto sopra – va quindi considerato incluso nella presunzione di non commercialità previsto dal secondo comma dell'art. 88 del TUIR;

- la diversa opinione comporterebbe conseguenze paradossali: l'ente operante nel servizio sanitario nazionale, proprio in forza dell'esistenza dell'art. 88, invece che agevolato verrebbe ad essere penalizzato dall'esclusione dalla commercialità delle attività sanitarie, essendogli per questo impedita la possibilità di compensare le perdite dell'attività sanitaria con il margine derivante dalle sponsorizzazioni;
- laddove sia assente il rapporto sinallagmatico (e tale non può essere considerato il mero "citare" il contributo ricevuto) non si è in presenza di una sponsorizzazione ma di mecenatismo. In questo caso a seconda che si voglia o meno dare rilievo all'effetto indiretto sull'immagine dello sponsor/mecenate si potrà inquadrare l'operazione come spesa di rappresentanza o come erogazione liberale, sempre però evidenziando come l'operazione, tanto ai fini IVA quanto delle imposte dirette, non debba assumere rilevanza per lo sponsorizzato;
- appare centrale nella normativa attuale la problematica della possibile elusione di imposta connessa ad un uso distorto della sponsorizzazione. Questo uso non ci potrà essere (e le eventuali situazioni sanzionabili potranno essere facilmente evidenziate in sede di controllo) differenziando il trattamento tributario delle sponsorizzazioni per gli enti - come quelli operativi nella sanità, a maggior ragione se pubblici - dotati di riconoscimento giuridico e sottoposti ad obblighi contabili (contabilità pubblica o ordinaria) che consentano, in sede di controllo interno (collegio dei revisori) ed eventualmente esterno (revisione volontaria, revisione di Legge, controllo da parte della Corte dei Conti, ecc.), la ricostruzione dei flussi finanziari;
- molti dei problemi oggi esistenti in tema di sponsorizzazioni ed in particolare la tendenza all'utilizzo di questa forma contrattuale al posto del mecenatismo pur in assenza di un chiaro rapporto sinallagmatico è dovuta al fatto che il limite di deducibilità previsto dall'articolo 65 del DPR 8917/86 è irrisorio. Un congruo innalzamento di questo limite - limitatamente agli enti che, come quelli della sanità, possono dare serie garanzie di trasparenza (contabilità ordinaria, controllo interno ed esterno) agirebbe come deterrente ad un uso improprio della sponsorizzazione.

Bibliografia e note

1. Colozzi U, Donati P. *La sanità non profit: il ruolo del privato sociale nei servizi sanitari*. Rimini: Maggioli Editore; 2000.
2. Cattaneo C. *La riorganizzazione dei servizi sanitari in Europa: finanza, marketing e produzione in sanità*. Milano:Università degli studi di Pavia, Giuffrè Editore; 1999.
3. Il nuovo in ospedale: dai diritti ai doveri, dai bisogni ai costi? In: Atti del convegno organizzato dall'Istituto Lombardo per la formazione Culturale Europea e dagli Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano 11 dicembre 1998.
4. Sirchia G. Salviamo i grandi ospedali pubblici. In: *Rapporto Sanità 2000*. Bologna: Fondazione Smith Kline, Società editrice Il Mulino; 2000.
5. Bellezza E, Florian F. *Le Fondazioni del Terzo Millennio: pubblico e privato per il non-profit*. Firenze - Antella: Passigli Editori; 1998.
6. Si vedano le sentenze n. 336 del 4 novembre 1995 e n. 35 del 28 aprile 1997 del Cons. giustizia amministrativa della Sicilia. Nella prima si Legge che "gli enti pubblici, salvo espresse eccezioni di diritto positivo, hanno piena capacità di diritto privato nei limiti delle loro finalità istituzionali" e da questo principio deduce che "pertanto, l'ente pubblico, in linea generale, può stipulare contratti di sponsorizzazione al fine di conseguire l'utilità costituita dal beneficio dell'immagine". La seconda sentenza entra maggiormente nel dettaglio e precisa meglio i limiti cui la PA deve

- attenersi per non esorbitare dai propri fini istituzionali. Vi si Legge infatti che “la PA è legittimata a stipulare un contratto di sponsorizzazione, a condizione però che non venga alterato il ruolo - e l’immagine - di neutralità dell’amministrazione stessa, con la conseguenza che, mentre può considerarsi legittima la sponsorizzazione di singole manifestazioni sportive a carattere episodico e limitato nel tempo, non può invece considerarsi tale la stipulazione di un contratto di sponsorizzazione di una squadra sportiva che partecipi ad iniziative agonistiche e che, quindi, necessariamente dia luogo a fenomeni di contrapposizione di opposti schieramenti”
7. Per un approfondimento mi permetto di rimandare al mio articolo “Osservazioni critiche alla direttiva comunitaria sull’IVA” in Il Fisco n. 36/1999, ETI S.p.a.. Meraviglia peraltro rilevare il deficit di consapevolezza sul tema anche solo rilevabile dall’esame della più recente letteratura. Per la realtà dell’outsourcing nella sanità si vedano Rodolfo Gianani e Anna Maria Massara *Outsourcing e sanità* Franco Angeli, Milano 2000, Michele Romano, *L’esternalizzazione di servizi*, in *Rapporto sanità 2000*. Bologna: Fondazione Smith Kline, Società editrice Il Mulino, 2000.
 8. Non si deve dimenticare che la normativa in vigore in tema di sanità (DL.vo n. 502 del 30 dicembre 1992 come modificato dal DL.vo n. 229 del 19 giugno 1999) ritorna spesso sulla organizzazione di diritto privato degli enti del Servizio Sanitario Nazionale. All’articolo 3 si Legge che le unità sanitarie locali “si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato”, il rapporto di lavoro con il direttore generale “è regolato da contratto di diritto privato” (art. 3 bis comma 8). L’articolo 5, in tema di patrimonio, afferma al comma 2 che “le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata” se pur si afferma che restano ferme “le disposizioni di cui all’art. 830, secondo comma del codice civile” e cioè quelle che, attraverso il secondo comma dell’art. 828 considerano indisponibili i beni “destinati ad un pubblico servizio”. Quanto alla autonomia delle aziende sanitarie si noti che l’ultimo comma dell’art. 9 bis, nell’impedire la costituzione di “società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute” al di fuori delle sperimentazioni gestionali, implicitamente afferma la liceità della costituzione di società operanti nei servizi ausiliari e di supporto. Si veda a proposito il documento del Ministero della Sanità “Linee di guida n.2/96 profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari” ed in particolare il paragrafo 5 (GU n. 126 del 31.5.1996).
 9. Riferimento alle sponsorizzazioni è presente anche nel documento “indicazioni alle Regioni per la presentazione e la valutazione dei progetti di sperimentazione gestionale presentati dalle Regioni stesse ai sensi dell’articolo 9 bis del DL.vo n. 502 del 30.12.1992 come sostituito dall’art. 10 del DL.vo n. 229 del 19.6.1999 ” predisposto dal “Gruppo permanente di lavoro costituito dalla Conferenza Stato-Regioni con atto del 5 agosto 1999. In tema di “elementi di valutazione” al secondo paragrafo specifica alla lettera d) tra le modalità atte alla “valorizzazione delle risorse “interne”/proprie dell’Azienda e del sistema..l’aumento dei ricavi e delle entrate proprie (riscossione dei diritti sanitari e dei ticket; sviluppo di attività imprenditoriali “collaterali”; bar; parcheggio; donazioni; marketing e sponsorizzazioni”. La stessa Conferenza Stato-Regioni nel documento citato evidenzia gli ambiti di sperimentazione che “richiedono la preventiva autorizzazione della Conferenza”, tra queste evidenzia le “collaborazioni pubblico-privato per il perseguimento dei fini istituzionali del SSN, relative cioè allo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute, che comprendono attività e servizi che impegnano il personale del SSN nella produzione e/o nella erogazione di prestazioni nell’ambito della prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie e delle disabilità”.
 10. E’ auspicabile che questo prestigioso Istituto possa farsi carico, nell’ambito delle sue iniziative di formazione manageriale, anche di questi aspetti.
 11. Si veda in merito Francesco Manfredi “Le sponsorizzazioni sociali” ETASLIBRI, Milano 1997, in particolare i primi 2 capitoli. Utile anche Sergio Cherubini *Esperienze di marketing sanitario* Franco Angeli, Milano 2000. Su un piano diverso, ma collegato l’interessante intervento di Mauro

- Marozzi (Comunicazione e tecnologie comunicative. In: *Rapporto Sanità 2000. Fondazione Smith Kline*. Bologna: Società editrice Il Mulino; 2000.
12. Corte di Cassazione Civile sez. I, 11 ottobre 1997, n. 9880. In: *Giustizia Civile* 1998, I, 1059.
 13. Inzitari B. *Profili del diritto delle obbligazioni*. Padova: Cedam Editore, 2000.
 14. Si rimanda alla giurisprudenza citata in nota 3.
 15. Che, a detta della stessa sentenza, "si distingue per il fatto che il soggetto pubblico o privato, il quale consente che l'attività di altri si svolga sotto il suo patrocinio non è un imprenditore commerciale sicché quand'anche egli si impegni a finanziare in qualche misura l'attività, non trova corrispettivo nel vantaggio atteso dalla pubblicizzazione della sua figura di patrocinatore. Il contratto dunque si atteggia piuttosto come una donazione modale, che come un contratto a prestazioni corrispettive".
 16. Sul tema comunque vi è una qualche incoerenza tra l'atteggiamento assunto in tema di imposte dirette e indirette (IVA e imposta sugli spettacoli) come si vedrà successivamente.
 17. Interessante la recentissima risoluzione ministeriale n. 137 del 8 settembre 2000 che supera in sostanza la tesi del SECIT della distinzione tra pubblicità di prodotto e sponsorizzazione di marca. Vi si Legge che "sono da considerarsi spese di pubblicità le spese che prevedono a carico dell'altra parte impegni a fare o permettere oppure obbligazioni derivanti da accordi contrattuali anche nuovi e complessi quali ad esempio le partnership previste per le "crm"."
 18. Si veda anche la risoluzione 134 E prot. 6/1249 del 19 luglio 1996 con la quale il Ministero pone condizioni statutarie alla deducibilità di contributi erogati ad un comitato per l'informatizzazione delle scuole. La interessante risoluzione 99 del 17 giugno 1996 ha invece ritenuto deducibili i contributi ad un ente straniero "che non pone in essere attività commerciali" "sempre che possa essere comprovata la conformità dei requisiti essenziali (statuto, iscrizione ad un apposito registro, ecc.) a quelli a tal fine richiesti dalla legislazione italiana.
 19. E' evidente il fastidio che la stessa PA avverte nell'affermazione che crede di dover fare in base alla normativa vigente. Si vedrà come, pur essendo auspicabile l'eliminazione di questo "esclusivamente", pur in sua presenza la interpretazione data dal Ministero non sia condivisibile.
 20. La recente approvazione della Legge 23.12.1998 n. 461 che disciplina le fondazione bancarie assume un particolare interesse perché appare chiaro l'intento del legislatore di far prevalere la meritevolezza delle finalità dell'attività rispetto alla sua modalità di esercizio (considerata commerciale o meno).La citata Legge 461/1998 dispone infatti all'art. 2, lettera d), che gli enti conferenti "possono esercitare, con contabilità separate, imprese direttamente strumentali ai fini statuari, esclusivamente nei settori della ricerca scientifica, dell'istruzione, dell'arte, della conservazione e valorizzazione dei beni culturali e ambientali, della sanità e dell'assistenza alle categorie sociali deboli [...], e a detenere partecipazioni di controllo in enti e società che abbiano per oggetto esclusivo l'esercizio di tali imprese" il successivo articolo 3 alla lettera b) prevede (tralasciando le disposizioni in tema di immobili e di banche che non ci riguardano in questa sede) la "qualificazione degli enti conferenti quali enti non commerciali ai sensi dell'art. 87, comma 1, lettera c), del testo unico delle imposte sui redditi [...] anche se perseguono le finalità statutarie con le modalità previste dalla lettera d) del comma 1 dell'articolo 2 della presente Legge".
 21. Dottrina di origine della PA ritiene che le sponsorizzazioni sportive "sono sempre produttive di reddito di impresa per le società di capitali e per gli enti pubblici e privati aventi per oggetto esclusivo o principale l'esercizio di attività commerciali di cui all'art. 87 lettera b) del TUIR" continua affermando che "l'attività di che trattasi, si qualifica come attività commerciale anche per gli enti non commerciali di cui alla lettera c) del citato art. 87, tra i quali sono collocate le associazioni sportive dilettantistiche, sempreché ricorra tuttavia il requisito della abitualità richiesto dall'art. 51 sopra menzionato; in mancanza si è in presenza di attività commerciale occasionale (come, ad esempio, nella sponsorizzazione di una sola manifestazione sportiva), il cui reddito è inquadrabile tra i redditi diversi di cui all'art. 81 e come tale concorrente alla formazione del reddito complessivo degli enti medesimi, senza tuttavia comportare l'obbligo della contabilità

- ordinaria o semplificata prescritta per gli esercenti attività commerciale” (Leo M, Monacchi F, Schiavo M. *Le imposte sui redditi nel testo unico*. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore; 1999).
22. A differenza di quanto avviene nell’ambito dell’IVA dove il legislatore ha previsto una forfetizzazione della deduzione nulla è previsto di analogo sul piano delle imposte dirette.
 23. Un maggior approfondimento del tema è affrontato in un mio articolo di prossima pubblicazione dovrebbe avere come titolo “I paradossi della tassazione dell’ente non lucrativo che esercita attività parzialmente corrispettiva”.
 24. Il Ministero delle Finanze ha dettagliato le attività che, a suo parere, rientrano nell’esenzione con l’importante circolare n. 26/11/562 del 29 agosto 1991. Si può utilmente leggere Mario Martelli “L’articolo 88 del testo unico e la questione della soggettività dello Stato e degli enti pubblici” in *Rassegna Tributaria* 1990 pag. 47, Elena Mattesi “Aziende Sanitarie Locali: profili tributari” in *Il Fisco* n. 2/98 pag. 538, Alberto Riccio “Aziende sanitarie (Usl ed ospedali): aspetti fiscali e prospettive future” in: *Il Fisco* n. 36/96, Coppola P. “l’unità sanitaria locale: un ente non commerciale con vocazione imprenditoriale” in *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze* 1991, n. 4 p. I, pag. 749.
 25. Mi permetto di rimandare al mio commento all’articolo 2 in “Gli enti non commerciali e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale” allegato a *Il Fisco* n. 10 del 9 marzo 1998.
 26. Qui appare evidente il limite e la problematicità connessa alla diversa forma di tassazione dell’ente commerciale (per il quale vale la attrazione di ogni componente il reddito di impresa, con conseguente compensabilità interna di avanzi e disavanzi settoriali) da quello non commerciale per il quale il reddito complessivo – in analogia con quanto avviene per le persone fisiche – è dato dalla sommatoria dei singoli redditi (fondiari, di capitale, di partecipazione, di impresa, diversi).
 27. Manfredi F. *Le sponsorizzazioni sociali*. Milano: ETASLIBRI; 1997.
 28. Articolo 3 comma 121 della Legge 28.12.1995 n. 549.
 29. Per una considerazione critica dell’attuale articolo 55 del TUIR quanto agli enti non lucrativi rimando al già citato articolo in corso di pubblicazione.
 30. cfr. TAR Lazio e SECIT rispettivamente nelle note 7 e 10. Per una critica si vedano Commissione Tributaria di 1° di Reggio Emilia sezione 7 decisione n. 98 del 3 maggio 1995 che cita la RM n. 9/204 del 17 giugno 1992 e M. Leo, F. Monacchi, M. Schiavo *Le imposte sui redditi nel testo unico*, Dott. A. Giuffrè Editore, Milano 1999, pag.1025.
 31. Fabris G. I valori intangibili rafforzano la marca. *Il sole 24 ore*, 20 luglio1999.

IL CAUSE RELATED MARKETING: IL CASO DASH-ABIO

Anna Lucia D'Orazio
Procter & Gamble, Roma

E' da più di dieci anni – esattamente dal 1987 – che Dash, uno dei marchi principali della Procter & Gamble, promuove iniziative sociali attraverso un progetto ad ampio respiro denominato “Missione Bontà”. Un impegno umanitario e di solidarietà iniziato nel 1987 con la costruzione di una grande scuola a Kiongwani, in Kenia, in grado di seguire i ragazzi del posto dall'asilo fino al termine della scuola superiore.

Questo progetto e' poi proseguito nel corso degli anni anche in Etiopia - dove nel 1992 abbiamo realizzato soprattutto ambulatori e acquedotti in collaborazione con Azione Aiuto, e nel 1997 in Angola, dove abbiamo promosso un complesso programma di scolarizzazione e di formazione degli insegnanti, questa volta con l'Unicef al nostro fianco.

Tutti progetti prioritari, tutti programmi per popolazioni senza acqua, senza assistenza sanitaria ma anche con tassi di analfabetismo tali da non poter neanche immaginare un futuro migliore. Un impegno umanitario che ha visto Dash promotore di campagne di sensibilizzazione e che ha coinvolto le famiglie italiane, sempre generose, fino a raccogliere per questi progetti diversi miliardi di lire. Ma è così anche per molte aziende, sempre più orientate verso il concetto di sviluppo sostenibile e di impegno sociale, cioè di rispetto dell'ambiente in generale e di attenzione alle esigenze e alle necessità umanitarie della società nella quale l'azienda cresce, opera e sviluppa il proprio mercato.

Dal giugno del 1999 abbiamo promosso un progetto che invece avvicina questa voglia di partecipare, di fare qualcosa per chi ha bisogno ed è meno fortunato di noi. E' un progetto che ci coinvolge tutti in prima persona, che abbiamo promosso con grande entusiasmo e ci permette di sostenere l'Associazione per il Bambino In Ospedale (ABIO) e i suoi volontari, che offrono il loro tempo libero per aiutare i bambini ospedalizzati e le loro famiglie nelle strutture del nostro Paese.

E nell'anno in cui celebriamo il decennale della Carta dei Diritti dell'Infanzia abbiamo voluto dedicare una nuova “Missione Bontà” ai bambini ricoverati negli ospedali, con la speranza che il nostro progetto possa aiutare questi piccoli a trascorrere degenze più serene e le loro famiglie a viverle meno traumaticamente.

Sappiamo tutti molto bene quali profondi turbamenti comporti un ricovero in ospedale, soprattutto nell'età delicatissima dell'infanzia. Sappiamo ancora meglio quanto valgano quindi un'accoglienza adeguata e una degenza trascorsa non solo nel proprio letto ma anche in una sala allegra e colorata, con un arredamento che renda la sala quanto più simile possibile alla propria stanza a casa.

E sappiamo anche quanto conti la preparazione del volontario, che deve affinare una sensibilità adeguata a quella dei bambini e dei loro genitori. Ma soprattutto conosciamo bene il valore terapeutico di un sorriso, del gioco, di una presenza amica e rasserenante accanto al bambino, che permetta anche ai genitori di assentarsi per qualche ora e far fronte ad eventuali incombenze.

Il progetto è di per sé semplice nella sua ideazione, importante nelle sue finalità, complesso e articolato nella sua realizzazione esecutiva. Consiste principalmente nella costituzione di 28 sale gioco in altrettanti ospedali sparsi sul territorio nazionale. Inoltre “Dash Missione Bontà - Ospedale Amico” si propone di aiutare l'ABIO nella sua crescita, sostenendo l'associazione nel momento in cui, consegnata la sala alla struttura ospedaliera, promuove la creazione e la

formazione di un gruppo di volontari, che si affiancano e si integrano con il personale medico, con grande rispetto delle situazioni già esistenti.

E' un progetto concreto, avviato in giugno con un primo contributo di Dash che, ancora una volta, sta coinvolgendo migliaia di famiglie italiane, che stanno generosamente donando attraverso tutti gli strumenti che abbiamo ipotizzato: conto corrente postale, conto corrente bancario, numero verde, carte di credito e sito internet dell'ABIO) e con la collaborazione attiva e concreta di alcune aziende della grande distribuzione, che a livello locale ci stanno sostenendo con impegno e passione.

Ma non solo: al numero verde telefonano moltissime persone che desiderano partecipare ai corsi di formazione per volontari che l'ABIO sta avviando man mano che consegnamo una sala. Anche questo è un aspetto fortemente innovativo di "Ospedale Amico": per la prima volta un nostro progetto umanitario chiede alle famiglie un contributo non solo o non necessariamente in denaro, ma anche in termini di tempo, di disponibilità a riempire quelle sale con il proprio calore, da trasmettere ai bambini.

Allo stato attuale (settembre 2000) sono state già realizzate ed inaugurate 18 sale ma soprattutto abbiamo permesso ad ABIO di avere circa 1300 volontari.

Due, quindi, gli obiettivi. Anzitutto progettare e realizzare ambienti arredati e decorati a misura di bambino in ospedali, presenti capillarmente su tutto il territorio nazionale. E poi aiutare l'ABIO a crescere, a raddoppiare la sua presenza in Italia, ad aprire altri 20 centri circa. E' una realtà che già stiamo vivendo oggi, giorno dopo giorno.

IL PROGETTO OSPEDALI E SPONSOR

Vittorio Lodolo D'Oria
Azienda Ospedaliera, Ospedale Civile di Legnano

La filosofia del progetto

L'Ufficio Marketing dell'Azienda Ospedaliera (AO) "Ospedale Civile di Legnano" ha avviato nel gennaio 1999 la realizzazione di un network interregionale che oggi conta 24 Aziende Sanitarie (18 AO e 6 ASL) lombarde e piemontesi disposte a introdurre la comunicazione commerciale e istituzionale (le Regioni vi potranno ospitare le campagne di educazione alla salute) all'interno di appositi spazi. La massa critica del circuito servirà ad attrarre sponsor di caratura nazionale/regionale che, promuovendo i propri prodotti/servizi negli spazi comuni dell'ospedale (parcheggi, aree a verde, sale d'attesa, mensa, bar, aule didattiche, corridoi, *house-organ*, sito internet aziendale, ecc.), sosterranno interamente le spese finalizzate a progetti di umanizzazione dell'ambiente ospedaliero a favore di tutta la popolazione che lo attraversa (degenti 2%; pazienti ambulatoriali, operatori, studenti, fornitori, visitatori e familiari 98%).

L'umanizzazione dell'ambiente ospedaliero, ritenuta priorità assoluta dai cittadini (vedi rapporto CENSIS '98) è infatti posta tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 98/2000 ma nel contempo sono state percentualmente ridotte (dal 48 al 46% del Fondo Sanitario Nazionale, FSN) le risorse a disposizione dell'assistenza ospedaliera che si vede superata per la prima volta, proprio nel '99, da quella territoriale (dal 45 al 49 % del FSN). E il medesimo trend è confermato per il 2000.

Pertanto, per raggiungere l'obiettivo di normalizzazione/umanizzazione dell'ambiente ospedaliero, l'ospedale si deve ingegnare a reperire risorse aggiuntive in modo autonomo e innovativo.

Il progetto "Ospedali e Sponsor" va in questa direzione per finanziare programmi di *customer* ed *employee satisfaction* (soddisfazione dell'utente ma anche dell'operatore).

Lo strumento adottato a tal fine è l'istituto della sponsorizzazione indicato dal legislatore alla Pubblica Amministrazione nella Legge finanziaria del 1998 (art. 43 Legge 449/1997 successivamente abrogato con Legge 78/2000) e ribadito in quella 2000 (art. 30 Legge 488/1999) "[...] per migliorare la qualità dei servizi e realizzare maggiori economie [...]".

Considerato inoltre che tra i luoghi ad alta trafficazione (stazioni, aeroporti, centri commerciali, metropolitane) l'ospedale si caratterizza anche per l'interattività (comunicazione bidirezionale, distribuzione, informazione) che è l'elemento di attrazione per investitori privati al fine di attivare operazioni di sponsorizzazione (finanziamenti di servizi/progetti per riceverne in cambio pubblicità), il progetto ben si presta anche all'attivazione di convenzioni con grossi centri commerciali a favore dei dipendenti e l'avvio di progetti di Cause Related Marketing (iniziative a sostegno di cause di utilità sociale come il servizio di traduzione simultanea per gli utenti stranieri del circuito).

Il network, che conta 74 ospedali, 24.000 posti letto, 194 poliambulatori, 69.000 dipendenti, un bacino di utenza superiore agli 8 milioni di persone, sarà gestito per cinque anni da una società concessionaria individuata mediante appalto concorso. La stessa risponderà al Comitato di Supervisione costituito dai direttori generali delle Aziende Sanitarie partecipanti al progetto che sarà a sua volta supportato da un *advisory board* (due rappresentanti del mondo scientifico,

un giornalista, un esperto in comunicazione, un rappresentante delle associazioni di pazienti) che affronterà le questioni a contenuto etico che si proporranno durante l'operazione.

Le Aziende Sanitarie coinvolte nel progetto non avranno a carico né oneri né rischio d'impresa, mentre la società aggiudicataria sarà tenuta a realizzare gli impianti pubblicitari (spesa di 4 miliardi prevista per il primo anno e di ulteriori 8 nei quattro successivi), gestirne la manutenzione, curare il turn-over dell'advertising e versare delle royalties percentuali commisurate al fatturato netto introitato.

Le Aziende Sanitarie dal canto loro dovranno concordare, in sede di Comitato di Supervisione dei Direttori Generali, i progetti di *customer/employee satisfaction* (es. carta dei servizi multimediale, sportelli automatici per la riscossione del ticket, servizio interpreti per stranieri, Attivazione di palestre e centri di baby-sitting per dipendenti, ecc.) nei quali reinvestire i proventi dell'operazione.

Il circuito è suscettibile di allargamento ad altre Aziende Sanitarie Pubbliche e, in seconda battuta, a grossi gruppi privati accreditati.

La formula è anche esportabile all'estero.

Obiettivi del progetto

L'obiettivo che il progetto "Ospedali e Sponsor" si prefigge è innanzi tutto normalizzare l'ambiente ospedaliero, ossia renderlo più vicino al nostro vivere quotidiano: più colore, maggior comfort, superiore qualità dei servizi offerti e più informazioni. Strettamente connesso è il concetto di umanizzazione (richiamato anche nel PSN), che vede il "nuovo" ospedale come luogo ricco di iniziative, capace di comprendere e rispondere ai bisogni della popolazione che quotidianamente entra in contatto con la struttura (non solo utenti, ma anche operatori, familiari, visitatori, studenti, fornitori, ecc.). Tutto ciò porta ad una maggiore interazione tra l'ambiente ospedaliero e la "sua" popolazione.

Per raggiungere l'obiettivo prefissato, data la mancanza di fondi istituzionali (sempre minori trasferimenti), le aziende sanitarie devono studiare ed utilizzare forme alternative di finanziamento. Il progetto si propone di sfruttare la potenzialità del rapporto di partnership tra aziende sanitarie ed aziende profit, utilizzando in maniera trasparente (garantita dalla presenza di una società concessionaria) lo strumento della sponsorizzazione. L'operazione servirà a implementare nuovi servizi, migliorare quelli esistenti ed accrescere la gradevolezza della permanenza in ospedale; tutte attività che difficilmente potrebbero essere altrimenti finanziate e quindi realizzate.

Dalla comunicazione commerciale, per evidenti questioni di privacy e opportunità, sono escluse le aree di visita/degenza ed è inoltre prevista la presenza di un comitato etico.

Tempistica, modalità e aspetti economici del progetto

Il progetto prevede tre macro-fasi:

1. Ideazione

- Analisi delle opportunità e studio di fattibilità;
- Elaborazione del progetto interregionale (Lombardia e Piemonte);
- Presentazione alle Aziende Sanitarie e reclutamento delle stesse.

2. Realizzazione del network

- Predisposizione capitolato di gara;
- Individuazione della concessionaria tramite appalto concorso (aggiudicazione effettuata da commissione tecnica di esperti);
- Allargamento del circuito (da 12 a 24 Aziende Sanitarie Pubbliche);
- Predisposizione e stipula di convenzione unica tra società concessionaria e le Aziende Sanitarie del network;
- Presentazione del progetto a livello nazionale (conferenza stampa a Milano presso il Circolo della Stampa il 15.03.2000).

3. Implementazione

- Elaborazione di pacchetti promozionali da proporre agli sponsor;
- Attivazione di convenzioni e programmi di cause related marketing;
- Presentazione ed adattamento del progetto tecnico per l'allestimento degli impianti presso le singole Aziende Sanitarie;
- Predisposizione degli impianti nelle sedi ospedaliere e poliambulatoriali;
- Attivazione di una ricerca di mercato per valutazione gradimento ed efficacia dell'iniziativa sulla popolazione ospedaliera (1000 interviste);
- Allargamento del network ad altre Aziende Sanitarie Pubbliche;
- Apertura alle strutture private convenzionate;
- Definizione dei progetti di umanizzazione per *customer/employee satisfaction* in sede di comitato dei direttori generali delle aziende sanitarie;
- Attuazione dei progetti di umanizzazione/normalizzazione dell'ospedale.

Ad oggi il progetto ha concluso le prime due fasi ed è entrato nella fase di implementazione (Figura 1).

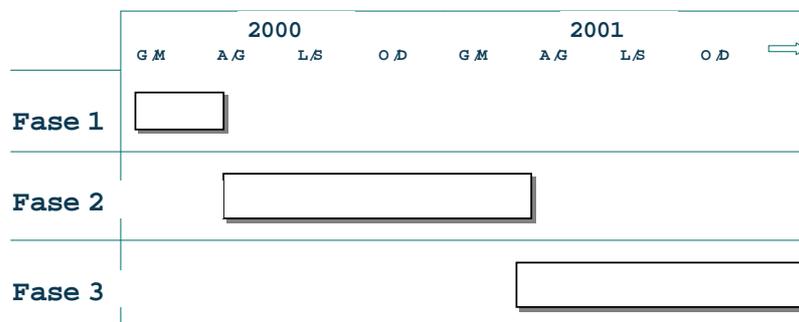


Figura 1. Fasi del progetto

Risorse finanziarie e di personale assegnate al progetto

Il progetto prevede lo stanziamento da parte della società concessionaria di £ 4 miliardi per il primo anno e altri 8 nei 4 anni restanti allo scadere della concessione. Il piano economico verrà rivalutato di anno in anno in base all'allargamento del circuito e agli investimenti effettuati dagli sponsor (Tabelle 1-3).

Tabella 1. Ipotesi di conto economico dei primi 5 anni sulle prime 12 aziende sanitarie del network (in milioni di lire)

Fatturato	1° anno	2° anno	3° anno	4° anno	5° anno
Affissioni	4.200	7.000	9.000	9.450	9.900
TV e multimediale	1.600	3.000	3.900	4.100	4.300
Kit promo	500	600	800	850	900
Varie	500	600	700	750	800
Servizi	1.000	1.500	2.000	2.100	2.200
Iniziative-eventi	600	1.200	1.800	1.900	2.000
RICAVI LORDI	8.400	13.900	18.200	19.150	20.100
Costi di produzione					
- Impianti, attrezzature (ammortamenti)	800	1.900	2.500	1.700	2.100
- Impianti, attrezzature (allestimenti, manutenzioni, sostituzione,					
- assicurazione, tasse e diversi)	2.200	1.500	1.500	2.200	1.500
- Ricerche mercato	300	400	500	550	600
COSTI PRODUZIONE	3.300	3.800	4.500	4.450	4.200
RICAVI OPERATIVI	5.100	10.100	13.700	14.700	15.900

Tabella 2. Ammortamenti espressi in milioni di lire

Anno	Esborso finanziario	(Ammortamenti)					Residuo
		2000	2001	2002	2003	2004	
2000	4.000	800	1.600	1.600	-	-	-
2001	1.500	-	300	600	600	-	-
2002	1.500	-	-	300	600	600	-
2003	2.500	-	-	-	500	1.000	1.000
2004	2.500	-	-	-	-	500	2.000
Totale	12.000	800	1.900	2.500	1.700	2.100	3.000

Tabella 3. Ammortamenti espressi in milioni di lire

Ammortamenti	2000	2001	2002	2003	2004
Costi fissi					
Avviamento società	200	-	-	-	-
Personale e management	1.500	2.500	3.000	3.300	3.600
Uffici	300	310	320	330	340
Viaggi, trasferte, costi diretti	220	200	200	200	200
Materiali e macchine d'ufficio	100	150	200	210	220
Amministrazione	200	250	300	310	320
Assicurazioni	180	210	300	310	320
Marketing	200	200	200	220	220
Totale	2.900	3.820	4.520	4.880	5.220
Costi variabili					
Commerciali Royalty	1.020	2.020	2.740	2.940	3.180
(Beneficio economico per AO)	525	1.775	3.045	3.395	3.815
Oneri finanziari	250	150	-	200	-
Totale	1.795	3.945	5.785	6.535	6.995
COSTI OPERATIVI	4.695	7.765	10.305	11.415	12.215
Margine lordo (prima delle tasse)	405	2.335	3.395	3.285	3.685
% sui ricavi operativi	7,9	23,1	24,8	22,3	23,2

- *Costi di produzione*: comprendono le spese da sostenere per la produzione e collocazione degli impianti espositivi e in generale di tutto l'hardware (TV, isole multimediali, megascreen, ecc.), valutato in termini di: ammortamenti a cinque anni, collocazione e/o attivazione, manutenzione, assicurazioni, tasse, ammodernamento e sostituzione.
- *Ricavi operativi*: è la voce da cui saranno detratti i costi di struttura della società, sia fissi che variabili, nonché i benefici economici (*royalties*) per le Aziende Sanitarie partecipanti al circuito del progetto.
- *Royalties*: sono state previste secondo un meccanismo progressivo, basato sull'ammontare dei ricavi operativi. L'ipotesi prevede un accredito del 10% sui primi 5 miliardi, del 25% sui ricavi tra 5 e 10 miliardi e del 35% sui ricavi oltre i 10 miliardi.

Il gruppo di lavoro della società concessionaria presidierà le seguenti aree:

- Rapporti con Istituzioni ed Aziende Sanitarie;
- Marketing e commerciale;
- Progettazione di iniziative (promozioni e convegnistica);
- Logistica e Manutenzione;
- Fund Raising, Social Marketing e Cause Related Marketing.

Le risorse umane per parte pubblica sono costituite da un referente operativo per ciascuna Azienda Sanitaria e dal Comitato di Supervisione dei direttori generali.

Strumenti previsti per la valutazione dei risultati del progetto

La valutazione dei risultati seguirà le due seguenti direttrici:

- *ospedaliera*: valutazione periodica del livello di soddisfazione e utilità delle iniziative del progetto da parte dei clienti-utenti (*customer satisfaction*), nonché dell'impatto di tali operazioni sul personale interno (*employee satisfaction*). La ricerca sarà eseguita mediante tecniche di monitoraggio su campioni rappresentativi e tramite la raccolta di opinioni spontanee da un'apposita società specializzata in ricerche di mercato;
- *mercato*: monitoraggio sistematico di impatto, gradimento, efficacia di tutte le iniziative di comunicazione. L'obiettivo è di verificare l'interesse degli sponsor al media ospedaliero e fornire agli stessi un termometro per valutare la risposta agli investimenti. L'indagine ha inoltre il compito di misurare la validità dei singoli strumenti di comunicazione utilizzati nell'ospedale (pannello, video, desk, isola multimediale, sampling, ecc.) per ottimizzare il binomio messaggio promozionale - veicolo utilizzato.

Il network di Aziende Sanitarie e le potenzialità del circuito in numeri

Ad oggi il network conta 24 Aziende Sanitarie distribuite nelle regioni Lombardia e Piemonte, per un totale di:

- 74 ospedali;

- 190 poliambulatori;
- 24.200 posti letto;
- 60.100 dipendenti;
- un bacino d'utenza di 8.300.000 persone che rappresenta il 61% della popolazione di Lombardia-Piemonte e il 26% della spesa delle famiglie italiane;
- 385.000 contatti giornalieri;
- % dei contatti della *popolazione ospedaliera segmentata per target* : degenti (2%); volontari, studenti, fornitori, tirocinanti (10%); pazienti ambulatoriali (25%); operatori (28%); familiari e visitatori (35%);
- 700 impianti 100x140 (100 luminosi, 100 standardi bifacciali, 500 standardi interni) per il cosiddetto circuito *gate* (cancello);
- 3 milioni di contatti stimati ogni 14 giorni di esposizione per il circuito *gate*;
- 500 standardi monofacciali interni per il cosiddetto circuito *wait*;
- 3 milioni di contatti stimati per mese di esposizione per il circuito *wait*;
- creazione di un portale internet (paginemediche.com);
- impianti video, isole multimediali e megascreen (numero da definire);
- attività di *Infotainment* con desk di *promo-* e *info-* point).

Aspetti etici e censura pubblicitaria

In molti hanno invocato la normalizzazione dell'ambiente sanitario (altrimenti definita umanizzazione dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000) ma non sono poi tutti realmente pronti a volerla e dunque attuarla concretamente. Il concetto di ospedale, ormai radicato nella nostra mente è in realtà ghehizzante, escludente, rispetto alla vita quotidiana attiva. Al contrario questo progetto ha dimostrato in cifre che la popolazione ospedaliera è sana, o comunque capace di una normale vita di relazione, nel 98% dei casi in quanto i degenti sono un'esigua minoranza (2%). In altre parole vi è un mondo di operatori, visitatori, fornitori, studenti, che gravita a diverso titolo in una cittadella (quella ospedaliera) adoperandosi per quel 2% di degenti che combattono per riconquistare la salute momentaneamente perduta. Un altro significativo spaccato di popolazione ospedaliera è costituita da utenti che controllano il loro benessere fisico o l'andamento della loro patologia sottoponendosi ad accertamenti più o meno impegnativi. Anche questi ultimi comunque entrano in ospedale avvertendo semmai la necessità di uscirne al più presto per poter riprendere le proprie attività.

Abbattere quel grigio muro psicologico che avvolge i nostri nosocomi non è facile come dimostra il dibattito che ha accompagnato la questione circa le tipologie commerciali che l'ospedale può ospitare a fini promozionali.

Apparentemente la soluzione più semplice (e immediatamente proposta da alcuni) sembrava essere quella di conferire alle aziende sanitarie il ruolo di garante e censore dei messaggi pubblicitari da ospitare dentro le mura del nosocomio. L'impraticabilità di questa strada è emersa prepotentemente quando ci si è resi conto che la società concessionaria avrebbe dovuto raccogliere troppi pareri e avviare una estenuante trattativa per far collimare le diverse posizioni delle aziende sanitarie partecipanti sulle tipologie commerciali ospitabili e sulle campagne pubblicitarie proponibili alla popolazione ospedaliera. Inoltre un grosso rischio, denominato *effetto boomerang*, era rappresentato dal fatto che l'approvazione di una campagna pubblicitaria da parte del censore (azienda sanitaria) avrebbe potuto essere rivenduta dallo sponsor come validazione scientifica del prodotto. Questa ipotesi avrebbe potuto assumere, a maggior ragione, aspetti preoccupanti se, come sostenuto strenuamente da alcuni, l'attività di censura avesse dovuto svolgersi in seno alle direzioni sanitarie aziendali. Il dibattito ha comunque fruttato una

saggia decisione riconducendo le aziende sanitarie nell'alveo delle loro finalità istituzionali e optando per un ruolo di semplice concessionarie di spazi altrimenti improduttivi e inutilizzati. Ai direttori generali è comunque riservata la possibilità di approvare quantità e posizionamento degli impianti per la pubblicità (non i loro contenuti) in sede di presentazione dei piani tecnici (contenenti la distribuzione degli arredi internamente a nosocomi e poliambulatori). Tuttavia chi si è aggiudicato l'appalto ha ritenuto di dover arbitrariamente escludere in sede di gara, a proprio insindacabile giudizio, alcuni settori merceologici, comunque ritenuti *imbarazzanti* per le finalità istituzionali dei luoghi di cura. Tra le tipologie escluse rientrano: sexy shop, cartochiromanzia, onoranze funebri, editoria e proiezioni vietate ai minori, armi, e non ultima come importanza la promozione di attività e servizi di aziende sanitarie concorrenti.

Relativamente ai contenuti pubblicitari si è optato per la semplice applicazione della normativa nazionale e del codice di autodisciplina pubblicitario nel pieno rispetto di quel principio di normalizzazione dell'ambiente ospedaliero perseguito come obiettivo principe del progetto.

Infine vale la pena ricordare che tutti gli attori del progetto, avendo a cuore il successo dell'iniziativa, si asterranno spontaneamente dal proporre le campagne pubblicitarie di dubbia eticità e potranno ad ogni buon conto interpellare l'*advisory board* che è stato studiato col preciso scopo di supportare il comitato dei direttori generali per valutare argomenti e proposte nuove.

Gli incoraggiamenti e le resistenze

Sin dal suo nascere il progetto ha avuto una spada di Damocle pendente sul proprio presente e sul suo possibile sviluppo futuro. Quale reazione avrebbe suscitato nella collettività la "sacrilega" (e per di più concepita da un medico) proposta di aprire l'ambiente ospedaliero alla comunicazione commerciale, o per dirla più brutalmente alla pubblicità di giorno in giorno più invadente?

Parlare di pubblicità e promozione in ospedale è un po' come parlare di pubblicità in chiesa, ma la voglia di osare è venuta dal fatto che anche in chiesa si vendono tanto oggetti sacri quanto giornali e riviste.

Ma certamente *in rebus est modo*, perciò è stata messa la massima cura nello studiare accorgimenti che consentissero di garantire i vantaggi degli utenti tutelandone altresì la privacy e la delicatezza del momento.

L'esclusione dall'iniziativa delle sale da visita e di degenza così come l'introduzione di un comitato etico di alto profilo (*advisory board*) a sostegno dei direttori generali e della società concessionaria ha garantito la realizzabilità di un progetto innovativo che rischiava di essere abortito a pochi giorni dal suo concepimento.

A sostegno dell'iniziativa è poi intervenuta la grande (e per molti aspetti banale) scoperta della composizione della popolazione ospedaliera. L'accorgersi che, numeri alla mano, il 98% di coloro che popolavano quotidianamente un nosocomio avevano in realtà una normale vita di relazione faceva dissolvere i rimanenti dubbi, latenti anche in chi credeva nell'iniziativa.

La buona (non senza sorpresa) accoglienza riservata dai media tradizionali (giornali, radio e televisioni) ha fatto il resto. A scatenare la *bagarre* e ad aprire il dibattito ha pensato un lancio di agenzia dell'Ansa che titolava "La pubblicità entra in ospedale". Meraviglia, ora a cose fatte, che i media si fossero accorti del progetto solo dopo un anno di assiduo e silenzioso lavoro che comunque aveva coinvolto, fin da subito, circa la metà degli ospedali lombardi e qualche struttura piemontese. Questa fase d'incubazione nel *retrobottega* è stata preziosissima proprio

perché ha permesso di raccogliere obiezioni, commenti, suggerimenti poi tradotti, assemblati e infine calati in un ambiente, quello pubblico, con proprie regole, codici e norme.

Ma se da una parte piovevano consensi e richieste di nuove adesioni al circuito (100 delle quasi 300 aziende sanitarie italiane hanno chiesto a vario titolo informazioni o di poter entrare), si addensavano le prime nubi minacciose imprevedute sul progetto a causa di perplessità, trasformatesi poi in veri e propri dubbi di legittimità, manifestate dal collegio dei revisori (collegio sindacale secondo la nuova denominazione stabilita con il DL.vo 229/1999) della azienda proponente (Ospedale Civile di Legnano). La vicenda diventava tanto più imbarazzante in quanto i rilievi si riferivano non tanto alla delibera di assegnazione della gara d'appalto ma a quella di indizione della gara pubblicata 10 mesi prima. I suddetti ostacoli, superati con pazienza, supporti legali e con l'intervento della Regione Lombardia (che era debitamente informata del progetto) hanno in un primo momento fatto vacillare le velleità iniziali di alcune aziende sanitarie partecipanti.

Ad oggi comunque il circuito vanta 24 aziende iscritte e un numero di richieste di adesione almeno triplo.

Non è intenzione di chi scrive addentrarsi nel merito dei rilievi mossi dal collegio sindacale (che qui si pubblicano in allegato per una trattazione fedele e completa unitamente alla documentazione legale e alle controdeduzioni della direzione aziendale) ma occorre sottolineare come gli stessi hanno favorito l'apertura di un dibattito assolutamente necessario su una materia così innovativa, almeno nel settore sanitario pubblico.

E' sostanzialmente da questi spunti che trae origine questa pubblicazione che vuole essere un contributo per chi, come indicato dal legislatore nella finanziaria 2000, voglia sviluppare nuove iniziative per stipulare contratti di sponsorizzazione.

Altri casi italiani e possibili sviluppi futuri

La possibilità indicata dal legislatore per la prima volta nella finanziaria 98 è caduta praticamente inascoltata se si eccettua il caso delle aziende ospedaliere Ospedale Infantile Regina Margherita (OIRM), Sant'Anna e Le Molinette di Torino.

Sostanzialmente Le Molinette hanno voluto gestire direttamente e in proprio il rapporto con gli sponsor affidando lo stesso all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. A due anni di avvio dell'iniziativa il bilancio è sostanzialmente positivo visto il numero degli sponsor che si sono proposti all'azienda ospedaliera, le brillanti iniziative promosse (cinema in corsia, radio Molinette, ecc) e i fondi raccolti.

Tuttavia per chi sceglie il *modello autarchico* gli inconvenienti possono essere numerosi. Provando ad elencarli potremmo così riassumerli:

1. La pubblicità o promozione commerciale non rientrano tra le finalità istituzionali dell'ospedale.
2. Difficilmente è reperibile all'interno dell'ospedale la competenza necessaria a predisporre un piano tecnico per l'allestimento di appositi impianti, curarne ammodernamento/manutenzione nonché il turn-over degli spazi pubblicitari.
3. Il contatto diretto tra amministrazione aziendale e sponsor potrebbe creare qualche imbarazzo laddove tra i secondi si trovano anche i fornitori dell'azienda che partecipano alle gare indette dalla prima (concreta ipotesi di reato *di turbativa d'asta*).
4. E' più difficilmente sostenibile il ruolo dell'ospedale come semplice affittuario di spazi pertanto si concretizza l'*effetto boomerang* sopra descritto che comporta il ruolo di censore/validatore scientifico della campagna pubblicitaria o del prodotto.

5. Da ultimo è intuibile il fatto che una singola azienda ospedaliera, per quanto grande, non raggiunge un numero di contatti/die significativo (almeno nell'ordine di centinaia di migliaia) per attrarre sponsor di un certo peso. Ne è ovvia conseguenza che la maggior parte degli sponsor saranno commercianti locali con limitate risorse economiche.

Per ovviare alle suddette riflessioni l'AO Ospedale Civile di Legnano ha adottato il *modello mediato* mirando a costruire un circuito che ad oggi raggiunge i 385.000 contatti/die ma soprattutto non impegna l'amministrazione in compiti extra-istituzionali limitandosi a controllare, nell'ambito dell'assemblea dei direttori generali, eticità e gradevolezza dell'operazione col supporto del succitato comitato etico. Il ruolo della concessionaria, individuata mediante appalto concorso, dovrebbe eliminare i limiti evidenziati per il precedente modello e soprattutto garantire l'interessamento dei cosiddetti *big spender* che investono cifre superiori al miliardo in promozione e pubblicità.

Appaiono indiscussi i vantaggi del *modello mediato* anche se più laborioso e lento per i numerosi (ma inevitabili) passaggi burocratici richiesti.

Le possibilità che si aprono alle aziende sanitarie italiane sono, quindi, le seguenti:

1. adozione del modello autarchico (non prevede il circuito);
2. costituzione di un circuito almeno su base regionale (con modello mediato);
3. adesione a un circuito nazionale o sovraregionale preesistente (con modello mediato).

Per la terza eventualità si veda in allegato il facsimile di delibera e convenzione proposto dal circuito legnanese.

Nel concludere questa trattazione si ricorda come il presente progetto, al momento unico nel suo genere, può essere esportato all'estero con adeguata formula in quanto la validità intrinseca dello stesso è da attribuirsi integralmente alle potenzialità comunicative e interattive del *media ospedale*.

UN NETWORK DI AZIENDE SANITARIE PER COMUNICARE EFFICACEMENTE

Bruno Della Negra
Multimedia Hospital, Milano

Ritengo innanzitutto di dovere ringraziare l'ISS che, in qualità di organizzatore di questo convegno, ha dimostrato una particolare sensibilità verso un tema tanto importante ed interessante per il mondo pubblico e per quello privato.

La Società che qui rappresento nasce con la precisa finalità di dare corpo ad un progetto che ormai da oltre un anno, più precisamente dal luglio del 1999, è seguito con attenzione dai media, dal mondo della comunicazione e dall'opinione pubblica in generale.

Il progetto, attivato dalla Azienda Sanitaria di Legnano, prevedeva la ricerca di un soggetto che avesse titolo ad organizzare e a gestire in modo sistematico il rapporto tra sponsor e realtà ospedaliere e ambulatoriali della stessa Azienda Sanitaria e di altre 12 Aziende Sanitarie pubbliche.

La società Multimedia Pharma srl di Milano, specializzata nella comunicazione nell'area della salute come centro media ed agenzia, partecipò in collaborazione con altri professionisti alla licitazione aggiudicandosela. Nel gennaio del 2000 si sono aggiunte alla cordata altre Azienda Sanitaria, sino a giungere alla importante cifra di 24 Aziende Sanitarie per un totale di oltre 24.000 posti letto.

Multimedia Hospital, nasce come divisione specializzata della Pharma e diviene società a tutti gli effetti nel settembre 2000. Il progetto studiato dalla cordata di aziende Lombardo-piemontesi si basa sulle aperture del legislatore (I comma della Legge 27/12/1997 n. 449 ribadito dall'art. 30 comma 8 lettera c) della Legge Finanziaria 488/1999), ed è stato poi regolato da una Convenzione standard che tutte le Aziende Sanitarie hanno adottato, dove la nostra Società si occupa di: individuare e proporre le soluzioni e i luoghi atti a sviluppare e accrescere le potenzialità di media dell'ospedale:

- attrezzare a proprio carico gli stabilimenti ospedalieri con impianti idonei alla reclamizzazione delle aziende sponsor e dei loro prodotti;
- gestire le suddette attrezzature per il tempo di durata della concessione (manutenzione, sostituzione, assicurazione ed ammodernamento);
- ricercare e gestire i clienti (società, imprese, enti, associazioni ed organizzazioni) con i quali stipulare i contratti di sponsorizzazione;
- prevedere il monitoraggio, da realizzarsi con apposite ricerche di mercato, del gradimento dell'iniziativa da parte della popolazione ospedaliera;
- destinare alle campagne di pubblica utilità ed alle informazioni di servizio una percentuale di spazi pubblicitari non inferiore al 5%.

Tale accordo regola naturalmente anche le limitazioni di tali interventi; quali alcune merceologie escluse dalla potenziale utenza sponsor (armi; editoria vietata ai minori; enti sanitari concorrenti; onoranze funebri; sexy shop; cartochiromanzia, magia ed occultismo; relazioni personali; spettacoli vietati ai minori) ed alcune aree, quali quelle di degenza, le sale adibite alla visita dei pazienti e le sale operatorie. Nella convenzione sono stabilite anche le royalties che annualmente Multimedia Hospital versa ad ogni azienda sulla base delle vendite nette, per le Aziende Sanitarie non è previsto alcun onere di spesa, tutti i costi di installazione, commercializzazione e generali sono a carico di Multimedia Hospital.

La struttura operativa del progetto (Figura 1) prevede che il nostro referente sia un comitato di supervisione (Conferenza dei Supervisor) costituito dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie partecipanti, tale comitato è poi affiancato da un comitato scientifico (*advisory board*) costituito da primari nomi nel campo della Sanità e della comunicazione (Giuseppe Benagiano, Elio Guzzanti; Teresa Petrangolini; Stefano Rolando e Roberto Turno).

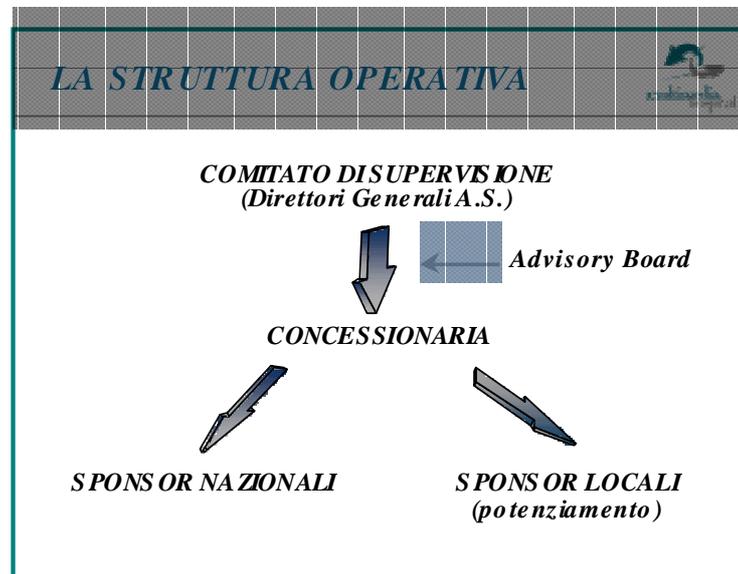


Figura 1. Struttura organizzativa del progetto

La nostra società è a capitale privato ed ha una struttura organizzativa (Figura 2) assolutamente improntata al mercato, con una grande attenzione però ai rapporti istituzionali ed al mondo della sanità pubblica.

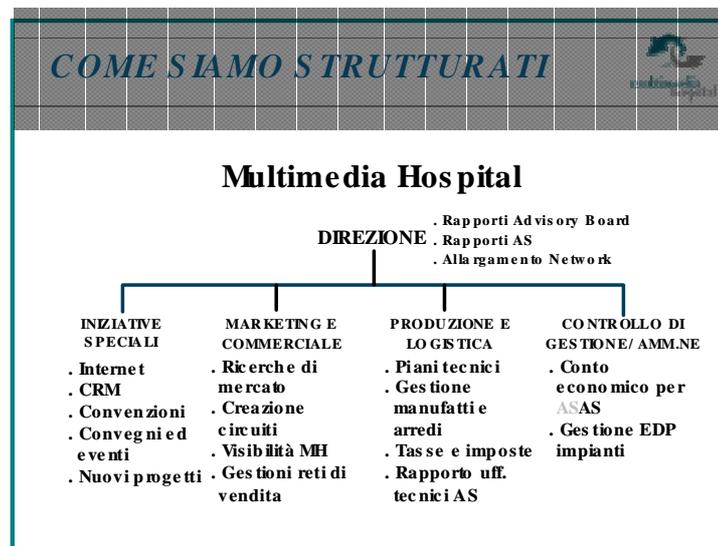


Figura 2. Organizzazione Multimediale Hospital

In questo progetto la comunicazione istituzionale e commerciale ha un ruolo di normalizzazione dell'ambiente ospedaliero. A questo titolo è ormai chiaro infatti che la pubblicità costituisce un elemento di costume del nostro vivere civile e come tale si presta a caratterizzare gli ambienti ed a connotarli. Normalizzare l'ambiente ospedaliero significa avvicinarlo al mondo esterno, infrangere quella barriera che spesso è frutto di disagio psicologico per noi tutti quando frequentiamo questi luoghi. Multimedia Hospital ha sposato questo progetto facendone la sua ragione d'essere.

Oggi Multimedia è una società completamente dedicata ed attrezzata per la selezione e la commercializzazione di spazi ed interventi per la comunicazione nel primo network di Aziende Sanitarie in Italia. La nostra missione è dunque quella di raggiungere un'integrazione tra interno ed esterno delle Strutture sanitarie, attraverso modalità rispettose delle caratteristiche dell'ambiente ospedaliero fornendo al mercato un nuovo media dalle caratteristiche interattive, in grado di garantire qualità ed efficacia agli interventi di comunicazione delle aziende sponsor.

L'analisi dell'ospedale come media parte necessariamente dalle considerazioni che riguardano la sua frequentazione in termini qualitativi e quantitativi; ciò che stupisce maggiormente nell'analisi della "popolazione ospedaliera" è il fatto che oltre il 90% di questa sia sostanzialmente sana (Figura 3).

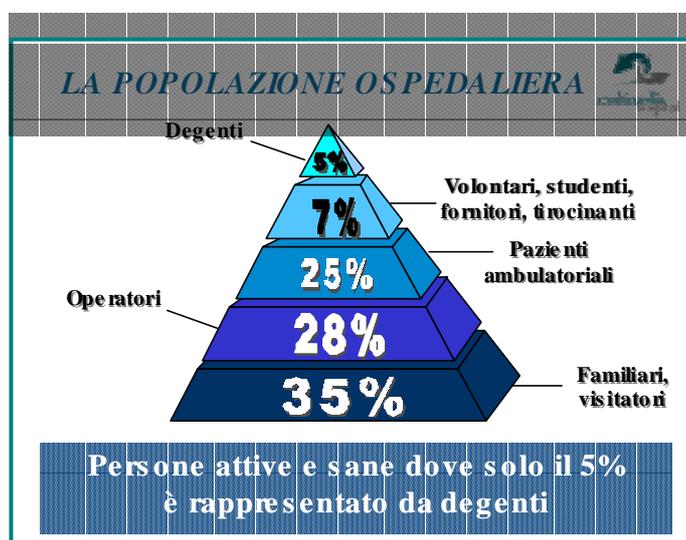


Figura 3. La popolazione che frequenta gli ospedali, percentuali

Siamo abituati a pensare a chi sta in ospedale come a persone che fanno parte di una categoria (i malati) senza riflettere sul fatto che tutti noi fruiamo di servizi ospedalieri e ambulatoriali, e frequentiamo a titolo di visitatori o di accompagnatori queste strutture. Gli ospedali costituiscono infatti un potente traffic builder; pensiamo che ogni giorno solo nel nostro network transitano oltre 380.000 persone!

Questo grande flusso ha un comportamento uniforme e segue percorsi e stazionamenti che sono stati studiati caso per caso sino a giungere ad un'analisi dei luoghi e dei transiti dove il nostro frequentatore può fruire della comunicazione anche come elemento di intrattenimento nell'attesa di una visita medica, di un esame o semplicemente nel corso di una visita ad un amico o a un parente (Figura 4 e 5).

IL TARGET



 Il nostro target è segmentabile per com portamenti:

A) Chi **sireca in ospedale** o in un ambulatorio per una visita/esame/day hospital (tempo di permanenza **non superiore alla giornata**)

C) Chi **visita** un degente ricoverato

D) Chi **sireca in ospedale** per **ragioni di lavoro/studio**

Figura 4. Segmentazione dei comportamenti della popolazione ospedaliera

I FLUSSI DI MOVIMENTO



Le aree di intervento sono state selezionate seguendo i movimenti del nostro target e possono essere ricondotte a:

Gruppi A e B	Gruppi B e C	Gruppo D
<ul style="list-style-type: none"> • Parcheggio • Ingresso • Accesso ambulatorio • CUP • Attesa ambulatorio o reparto sia in andata che ritorno 	<ul style="list-style-type: none"> • Parcheggio • Ingresso • Accesso al reparto • Attesa al piano • Area di relax - bar, giardino 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresso • Parcheggi riservati • Area registrazione presenza • Bar • Mensa

Figura 5. I percorsi standard della popolazione ospedaliera

Oggi nei 190 poliambulatori e nei 70 ospedali aderenti al network stiamo installando impianti di affissione e monitor televisivi che vanno a costruire in modo uniforme dei “circuiti” che possono contare su un elevato e costante numero di contatti.

I nostri due circuiti già oggi sul mercato sono:

- Circuito *gate*: che segue il percorso dei grandi flussi di individui che dall’ingresso si muovono all’interno delle strutture fino alle scale/ascensori dei reparti coinvolgendo ingressi, viali, strade interne, hall e grandi corridoi di comunicazione. Il circuito è

pianificabile con cadenza quattordicinale ed è composto da 700 posizioni (impianti che possono ospitare poster 100x140 cm).

- Circuito *wait*: che segue il percorso di un'utenza più mirata che fruisce delle aree di percorrenza e di attesa nei poliambulatori, interni ed esterni alle strutture ospedaliere, coinvolgendo le aree cassa, il CUP – centro prenotazione – e le sale d'attesa dei poliambulatori. Il circuito è pianificabile con cadenza mensile ed è composto da 500 posizioni (impianti che possono ospitare poster 70x100 cm).

Nel caso di gate nel periodo si sviluppano circa 2 ml di contatti e abbiamo una disponibilità di tre circuiti, nel caso di wait i contatti sono circa 3 ml nel mese con tre circuiti.

E' necessario spendere qualche riflessione sull'utilità per il mercato e per le Aziende Sanitarie di organizzare l'offerta per circuiti, il mercato della comunicazione in Italia può contare oggi su oltre 10.000 mld di investimenti che annualmente grandi e piccoli utenti riversano sui media per promuovere e comunicare i propri prodotti e servizi.

Questo mercato si è recentemente rinvigorito grazie all'arrivo nel settore Information and Communication Technologies (ICT telefonia ed Internet) di molti nuovi operatori e di ex monopolisti che difendono il loro business. Il mercato della comunicazione italiano si è ormai avviato sugli standard europei non solo in termini quantitativi ma anche nella sua organizzazione, gli utenti convogliano la grande massa degli investimenti nei centri media che gestiscono su larga scala queste migliaia di miliardi valutando in maniera estremamente professionale ogni opportunità, pesandone i contatti, esigendo ricerche di mercato (che noi stiamo varando) e uniformando formati e tempistiche di pianificazione.

Oggi il mercato richiede sempre di più media capaci di generare grandi numeri e di “colpire” selettivamente i propri target in modo ripetitivo ed uniforme, per questa ragione la forza delle Aziende Sanitarie sta nell'unione e nell'organizzazione dell'offerta in circuiti. Per poter accedere ai grandi utenti di comunicazione è necessaria una “potenza di fuoco” che metta il nostro media in grado di garantire certi parametri, primo tra tutti la numerosità dei contatti.

La nostra società non ha sottovalutato però l'importanza dell'utenza locale: gli ospedali sono, a livello del proprio territorio, ben conosciuti dalle piccole e medie imprese che hanno sede nelle vicinanze, a loro è destinato uno sforzo particolare in termini di commercializzazione, orientata ad un'esposizione più lunga, uno o più anni (la cosiddetta permanente).

Nei prossimi mesi attiveremo inoltre un grande portale Internet sul tema della salute www.paginemediche.it collegato con tutti i siti delle Aziende Sanitarie del network.

Grazie ad una tecnica innovativa sarà possibile per ogni sito del portale accedere ad una grande serie di contenuti senza uscire dal sito stesso. Questo costituirà un vantaggio sia per i siti delle Aziende sanitarie, che potranno avvalersi di informazioni, contenuti e notizie che li renderanno più frequentati ed appetibili, sia per il portale che si arricchirà delle molte possibilità di accesso di un vasto pubblico (Figura 6).

Nel portale un'area protetta sarà dedicata agli oltre 60.000 addetti del circuito che potranno trovare convenzioni, informazioni e servizi specificamente studiati per loro. Appena il traffico di questo grande sito sarà attivato sarà possibile sponsorizzarne le parti più interessanti.

Un altro importante aspetto del nostro progetto è costituito dalla campagna corporate che ogni anno per circa un mese verrà promulgata dal comitato delle Aziende Sanitarie e potrà impiegare tutti gli spazi del circuito Multimedia. Con questa operazione le Aziende Sanitarie aderenti al circuito avranno la possibilità di sperimentare in proprio la possibilità di parlare di temi importanti per la Sanità e per la salute dei loro utenti.

Una volta attivato per fine 2000 il circuito, il lavoro dei prossimi anni sarà quello di entrare più a fondo nelle opportunità di ogni Azienda Sanitaria per creare progetti comuni insieme agli sponsor, realizzando in solido operazioni di Cause Related Marketing, come quelle che abbiamo visto oggi in questo convegno. Con la speranza che la continuità di queste operazioni e la

fertilità delle idee, che provengono dalle Aziende Sanitarie stesse e dall'*advisory board*, contagi il mercato e alimenti la voglia di comunicazione sociale che oggi è ancora una Cenerentola.

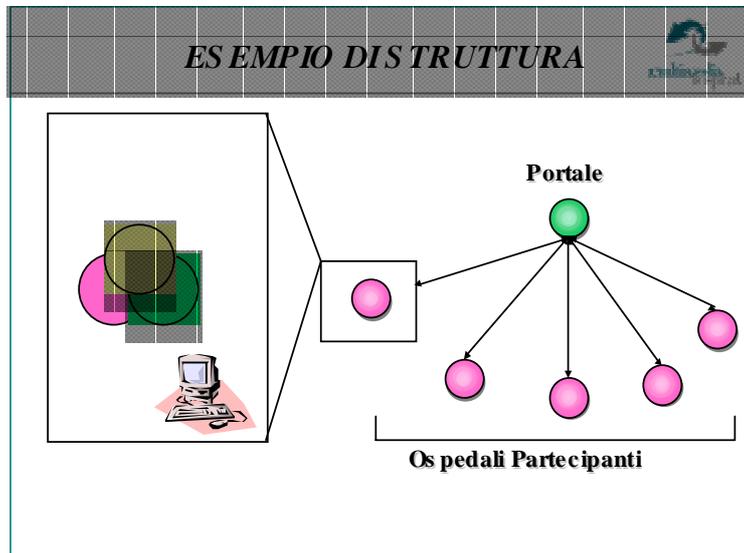


Figura 6. La struttura del portale paginemediche.it

L'ultimo punto della mia relazione è sulla nostra ricerca di mercato, fondamentale per gli obiettivi di trasparenza e di efficacia del media ospedale. A fine ottobre prenderà il via la fase qualitativa di fondazione del questionario attraverso focus group ed interviste in profondità e durante il 2001 verranno auditati 2000 casi, in due tempi, con interviste individuali all'interno delle strutture sanitarie. L'obiettivo iniziale della ricerca è quello di determinare prima e monitorare poi il grado di accettazione e gradimento dell'iniziativa da parte della popolazione ospedaliera in tutta la sua ripartizione. Inutile dire che, prima di iniziare questa avventura, alcune analisi in questo senso sono già state fatte, e i risultati sono stati molto positivi sia in termini di accettazione che di impatto dell'iniziativa.

Concludo sottolineando che il nostro network ha una forte volontà di espansione nazionale, per questo ogni giorno siamo in contatto con Aziende Sanitarie da tutta Italia e anche all'estero dove stiamo già progettando una filiale francese.

Ringrazio ancora L'Istituto Superiore di Sanità per averci dato modo di presentare il nostro progetto e di discuterne a questo livello con gli autorevoli colleghi presenti oggi.

LA COMUNICAZIONE COME ELEMENTO DI VITA DELL'OSPEDALE

Stefano Rolando

Libera Università di Lingue e Comunicazione, Milano

La comunicazione pubblica verso la settorialità

Da molti anni la comunicazione pubblica tende a uscire dalla genericità del “dover essere” delle istituzioni e dei servizi pubblici e ad entrare piuttosto nella specificità delle condizioni professionali di svolgimento di una moderna funzione relazionale, settore per settore, territorio per territorio.

La recente normativa nazionale che disciplina le attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni (Legge 150/2000) offre un quadro di riferimento interessante, in Italia e in Europa, per comprendere il nuovo perimetro delle opportunità operative e il nuovo ambito di legittimità di funzioni specialistiche.

E' vero che non ci sono ancora le norme di attuazione e che quindi i tempi applicativi saranno più lunghi del previsto. Però si sono poste le condizioni per uscire dal volontarismo professionale e per entrare in un quadro riorganizzativo in cui al centro ci dovrebbe essere assai meno l'autoreferenzialità istituzionale e ben di più i differenziati bisogni dell'utenza.

Non da oggi sostengo che i terreni più rilevanti, per i cittadini, per avvertire il cambiamento possibile sono quelli che appartengono alle “tre S”, in un certo senso il vero ambito della cerniera sociale del paese: scuola, sicurezza, salute.

I processi educativi, le garanzie dei cittadini rispetto all'ordine pubblico, l'erogazione dei servizi socio-sanitari sono insomma la frontiera essenziale per giudicare il nostro adeguamento agli standard qualitativi europei.

I connessi processi comunicativi rivestono pertanto una connotazione strategica soprattutto se essi vengono orientati tanto rispetto alla definizione organizzativa di servizi e strutture, quanto rispetto ai processi formativi degli operatori.

Affrontare in questa sede il tema della comunicazione nell'ospedale è, in tale contesto, per me di particolare interesse perché corrisponde ad un'attenzione che credo necessiti di sforzi istituzionali e professionali comuni per compiere un salto di qualità oggettivo. “Salto di qualità” non casuale, ma frutto di una convergente iniziativa: da un lato di pressione sulle volontà politiche dei decisori sanitari e dall'altro lato di crescita nella società di una maggiore cultura dei diritti, che è la garanzia di determinare in via permanente una sollecitazione alla politica a rispondere ai suoi più alti compiti.

Articolerò il mio intervento in due brevi iniziali definizioni di scenario:

- quello in cui, in una comunità che gestisce servizi sanitari, prevale inconsapevolezza comunicativa;
- quello in cui, viceversa, prevale consapevolezza comunicativa.

Cercherò di analizzare poi brevemente alcuni elementi di sintesi di questo confronto, con particolare attenzione a:

- quali conseguenze comporta l'acquisizione di una cultura comunicativa da parte del management in ospedale;
- quali opportunità si aprono nel processo organizzativo;
- quali sono, allo stato attuale, le principali visibili criticità.

Lo scenario dell'inconsapevolezza comunicativa

E' questo il contesto in cui decisori e operatori mantengono un'idea essenzialmente non strategica, comunque marginale, dei processi comunicativi.

Presi individualmente, ponendo problemi specifici e concreti, essi potrebbero anche ammettere l'importanza di questa o quella opportunità. Ma nel quadro delle definizioni organizzative e procedurali, si rivela che la comunicazione non costituisce oggetto di scelta sistematica in ordine a cui promuovere servizi di qualità e richieste di rendimento.

In tale quadro diventano marginali ambiti professionali altrove (imprese ma anche istituzioni) invece centrali e significativi, qui secondo una dimensione che – per quanto possa sembrare stupefacente – continua ad essere pesante nella realtà ospedaliera italiana.

Provo ad indicare alcuni ambiti di prevalente precarietà di una radicata cultura comunicativa:

- la *segnalatica interna*, che è materia di straordinari studi applicativi nel settore della modernizzazione organizzativa e che può oggi raggiungere livelli articolatissimi di servizio, ma solo a condizione di essere espressione di una cultura (formazione del management e procedure) fortemente rivolta all'utente;
- l'*organizzazione dell'accoglienza* – ovvero il *desk* informativo di base – che a sua volta si articola in aree fisiche, telefoniche, postali e telematiche per lo più trascurate nel nostro settore pubblico e che costituiscono invece una delle aree d'impatto più studiate, per esempio negli Stati Uniti, non solo rispetto a profili di civiltà, ma anche rispetto alla incidenza sul rapporto costi-benefici delle prestazioni;
- la *relazione medico-paziente*, intesa non come il contenuto di una oscura e totemica perpetuità di silenzi, segreti, vaghi cenni, casualità; ma piuttosto come un'analisi di procedure e linguaggi in cui la relazione informativa è parte del processo terapeutico e si compenetra dunque con forti ragioni di carattere psicologico e sociologico;
- le molteplici modalità informative connesse all'*accompagnamento diagnostico e terapeutico*, che è un risultato del punto precedente – sia in positivo che in negativo – ma che dipende anche da sistemi organizzativi che trascendono le volontà o le riluttanze individuali e che è materia su cui la moderna tecnologia dell'informazione ha vistosamente contribuito a determinare innovazioni;
- la *relazione informativa con il contesto sociale, familiare e territoriale*: anche qui con la conseguenza di isolare il contenitore delle prestazioni sanitarie da tutto ciò che è energeticamente in concorso non solo nel creare la patologia ma soprattutto nel cercare di prevenirla e di combatterla.

Ove questi (e altri) fattori importanti dell'organizzazione comunicativa risultino marginali, ne conseguono risultati gestionali e culturali che sono al centro non solo di tanti convegni ma soprattutto della vita di tantissimi pazienti.

Cito solo per esemplificare:

- la conferma della *totemizzazione del medico* (figlia di una percezione di ruolo sociale che certo non tutti ma alcuni medici, soprattutto con il progredire della carriera, ritengono che corrisponda al loro rapporto di potere con il contesto in cui operano);
- per converso un'*oggettiva centralità del paramedico nei flussi informativi interni*, cosa che comunque non rappresenta di per sé un elemento negativo, ma che – toccando fisicamente il paziente e interagendo spesso su codici linguistici comuni – arriva a garantire uno scambio informativo elementare ma essenziale, spesso però senza la visione compiuta dal processo terapeutico noto invece al decisore sanitario;
- una sorta di *deformazione dei processi interpretativi legati alla malattia* (dalla prevenzione alla terapia alla riabilitazione), che si inserisce in una tradizione di contesto stereotipato in cui la malattia è vissuta;

- la *vanificazione di molte opportunità sinergiche* (con i media, con soggetti sociali, con la famiglia) che sono invece un insieme di concause virtuose di una visione terapeutica basata non solo sulla efficacia tecnico-chimica ma anche sulla solidarietà socio-culturale;
- in sostanza e più generalmente una condizione di *separatezza dai processi reali esterni*, che fa dell'ospedale un luogo in cui "ci si separa" dalla vita anziché un luogo che – per definizione – "ci dovrebbe riunire" alla vita.

Lo scenario della consapevolezza comunicativa

Girando la medaglia di cui abbiamo finora visto il risvolto negativo, possiamo ipotizzare un contesto più virtuoso, un contesto "contaminato". E uso questa parola non a caso, perché la comunicazione, in un'epoca in cui diritti e tecnologie (si legga quanto Stefano Rodotà va scrivendo da alcuni anni al riguardo) camminano a velocità concatenata, innesca inevitabilmente processi bi-direzionali, riduce comunque anche le più irriducibili volontà a mandare messaggi disinteressandosi dei ritorni. Ogni ritorno di comunicazione è una contaminazione che un moderno management può ricondurre globalmente ad un sistema di opportunità.

Ci si limita a toccare alcune questioni che sono appunto collocate in tale contesto:

- l'approccio strategico alla comunicazione determina una riconsiderazione dell'intero modello organizzativo delle strutture operative, nella misura in cui non si tratta di "aggiungere" un nucleo di "confezionamento" ma di assicurare un profilo professionale trasversale che salda comunicazione esterna e interna, questione di immagine generale e comunicazione di servizio;
- nel contesto ospedaliero ciò si traduce in un punto di riporto al top management altamente professionalizzato per garantire la compatibilità delle funzioni informative e relazionali con il quadro scientifico e clinico che deve mantenere verso i "comunicatori" elevata fiducia ricavando sentimenti di sicura accoglienza della propria specificità;
- il contesto consapevole genera ugualmente una *correlazione tra le funzioni comunicative e quelle di studio e analisi dell'utenza* (estensione del marketing ospedaliero non solo verso gli ambiti delle attese e della fruizione potenziale ma anche verso tutte le argomentazioni di soddisfazione e gradimento che costituiscono materiali di alta rilevanza organizzativa e di alimentazione informativa);
- ciò che prima abbiamo identificato in una crisi di sinergia con i soggetti naturalmente connessi alla dimensione ospedaliera (soggetti sociali, istituzionali, imprenditoriali, fino ai nuclei familiari ed educativi e ai presidi di funzioni parallele) in questo quadro diventa invece *cultura del collegamento* generando sicuro assorbimento di energie ma offrendo anche misurabili incidenze sui tre livelli di riorganizzazione di ogni processo informativo:
 - far sapere;
 - far partecipare;
 - sviluppare e consolidare la reputazione.

Le ricadute professionali sul management

Un modello organizzativo che riporti nella vita dell'ospedale una razionale connessione tra gli spazi di accoglienza informativa (ufficio per le relazioni con il pubblico), l'ufficio stampa (attento naturalmente anche all'area degli specializzati, ai supporti alla convegnistica, alle

testate di profondità, ecc.), la gestione del sito Internet, il settore studi e monitoraggi (parte cioè del marketing legato alle motivazioni dell'utenza e al *feed-back* informativo) e la comunicazione interna, una volta – ove esistenti – segmenti atomizzati a riporto di soggetti differenti e ora riconducibili (la normativa, ad un'attenta lettura, lo consente) ad una logica più unitaria, più concorsuale, tesa a razionalizzare meglio risorse umane e finanziarie, comporta evidenti ricadute su molti profili di selezione e motivazione del management. La comunicazione interessa a tutti, ma mette anche tutti in condizioni più esposte alla realtà. E' un delicato alleato per un management intelligente che si rivela un pericoloso generatore di rischio per chi preferisce culture sottomesse e tendenze a scansare responsabilità. Con brevissimi tratti si lasci far cenno a ciò che essenzialmente induce a ridefinizione (con l'attenzione sempre rivolta alla specificità dell'istituto ospedaliero) l'introduzione di una funzione quadro dedicata alla comunicazione:

- i *poteri* (perché in qualche misura erode, sia pure ipotizzando una conduzione assai professionale circa i modi e i soggetti di volta in volta meritevoli di maggiore esposizione e di maggiore visibilità, il bisogno di visibilità proprio di qualunque potere confinante o apparentabile alla dimensione politica);
- i *saperi* (perché induce a riesaminare – proponendo format di circolazione informativa diversi ma non estranei rispetto a quelli propri dello specialismo clinico – codici linguistici e a rimescolare ambiti separati di conoscenza);
- i *percorsi pre e post ospedalieri* (perché innesta strutturalmente altri canali – dai media alla scuola, solo per fare gli esempi di maggior forza – nella relazione tradizionale dell'ospedale con il proprio bacino di utenza);
- la *corporate image* (perché essa diventa un valore di costante riferimento negli equilibri funzionali e organizzativi in quanto strumento di monitoraggio della reputazione, fondato tuttavia su parametri valutabili seriamente – e cioè con strumenti propri della cultura competitiva - e non solo frutto di sedimentazione di antiche e vaghe baronie);
- un *nuovo contributo alla popolarizzazione della cultura scientifica* (perché l'ospedale è scuola di vita e quindi fonte di per sé credibile, che se sceglie la strada di voler essere soggetto tra i soggetti della conoscenza, ha un forte potenziale di influenza collocato nella dialettica con i media, con l'informazione farmaceutica e, ben inteso, con i retaggi di un vissuto sociale a metà tra l'esperienza e la deformazione superstiziosa).

Le opportunità di crescita della comunicazione

L'intreccio operativo delle funzioni prima accennate moltiplica quotidianamente il perimetro delle opportunità di sperimentare – sulla propria casistica, nel proprio bacino territoriale, interagendo con i soggetti sociali e mediatici di oggettivo riferimento – una gestione complessiva della prestazione sanitaria attraversata globalmente dal senso di presidio delle politiche informative.

Non si farà qui, dunque, accenno a opportunità che discendono naturalmente da una attuazione ordinaria di tali funzioni. Ma qualche parola sia consentita per indicare profili di iniziativa meno evidenti. Tra di essi:

- la *concezione della propria stessa struttura come superficie e contenitore di comunicazione specifica* (unendo ad una riprogettazione della segnaletica, l'analisi degli spazi di socializzazione e i canali di informazione automatizzata per ottenere rispetto sia all'informazione di servizio, sia alla comunicazione di stimolazione socio-culturale, una minore dipendenza dalla mediatizzazione per propria natura selettiva e marginalizzante ciò che non si rapporta strettamente al criterio di "fare notizia");

- l'uso dello strumento della formazione e dell'aggiornamento professionale come ambito di allargamento di una comunicazione interna più svincolata dalle procedure tradizionali della gestione del personale, come ambito di mediazione nel quadro di una riorganizzazione di processi indotti dalla comunicazione che necessitano di partecipazione interna per superare inevitabili conflittualità, come condizione di *long learning* teso a rendere la comunicazione una cultura diffusa ben al di là degli ambiti delle funzioni deputate;
- l'orientamento della tecnologia informativa interattiva verso impieghi molto mirati nella selezione dei destinatari, fino a portare a regime la sperimentazione (del resto naturale in processi generalmente destinati alla singola persona) della *comunicazione prevalente nel profilo dell'one to one*;
- l'ingresso dei media e della pubblicità nella vita dell'ospedale come segnale e testimonianza della presenza di una forte emblematicità dei processi reali nella quotidianità del panorama ambientale; ed essendo questo il terreno di sperimentazioni in corso in un vasto network ospedaliero italiano non mi dilungherò riguardo a questa pur delicata opportunità (che richiede senso del limite, ma anche alcuni coraggi) in quanto su di essa rifletteranno con più competenza altri relatori.

Alcune criticità

In chiusura non si può evitare qualche breve cenno ad ostacoli visibili oggi sul terreno della piena realizzazione della prospettiva fin qui descritta. Se tali ostacoli non esistessero questa, che qui chiamiamo "prospettiva", sarebbe la realtà dominante. Il fatto di riconoscere episodicità, casualità, occasionalità ad esperienze virtuose lascia aperto il problema – più politico-culturale che tecnico-professionale – di cercare luoghi e modi per un vasto ripensamento del rapporto tra la comunicazione e la realtà socio-sanitaria nazionale. Anche in questo caso le indicazioni sono schematiche e inesaurive:

- Come per tutte le settorialità, siamo di fronte ad una esigenza di *progettazione specifica* che richiede una attenta e meditata formazione delle volontà politiche, sganciate da ipotesi di "campagne" di breve momento e radicate in una visione del rinnovamento della sanità verso la sua piena e moderna efficacia sociale. La criticità sta tutta nel cominciare qualcosa che – fatte salve sparse esperienze di formazione – non appartiene ancora all'ordine del giorno del sistema.
- Come per tutti i *nuovi specialismi professionali da introdurre nel sistema pubblico*, vanno riservate non solo legittimazioni formali alle funzioni implicate ma anche condizioni concrete di svolgimento adeguato (e adeguatamente remunerato) declinate negli ambiti ministeriali, assessorili, aziendali e nelle unità di prestazione. Una filiera che comporta una visione manageriale del presidio ovvero caricato di compiti di coordinamento, corredato da strumenti formativi meditati e da nuovi protocolli organizzativi, misurato da *adeguate politiche valutative* svolte da soggetti che abbiano i requisiti e la competenza per costituire non una protesi della Corte dei Conti ma una soggettiva volontà di costruire strumenti premianti e strumenti correttivi.
- Come per tutte le funzioni che inducono lo Stato a riorganizzarsi, anche in questo caso conta e conterà la possibilità di sviluppare affiancamenti, cooperazioni, *sinergie tra soggetti pubblici e soggetti privati* (sistema di impresa e sistema professionale), in un quadro di flessibilità e di deleghe teso caso mai a scorporare servizi ma non a scorporare responsabilità. Anche qui la criticità risiede nella visione dimostratasi finora

prevalentemente separata di mondi che hanno trovato più convergenza sul terreno del finanziamento della sanità che sul terreno della condivisione culturale e professionale.

*Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
e Direttore responsabile: Enrico Garaci*

*Coordinamento redazionale:
Paola De Castro e Sandra Salinetti*

*Stampato dal Servizio per le attività editoriali
dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA*

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.*

Reg. Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Roma, giugno 2001 (n. 2) 7° Suppl.

*La responsabilità dei dati scientifici e tecnici
pubblicati nei Rapporti e Congressi ISTISAN è dei singoli autori*