prospettiveinORGANIZZAZIONE
Rivista trimestrale di Organizzazione Aziendale
ISSN: 2465-1753

DOTTORI, OSPEDALI E FIDUCIA DEI PAZIENTI

Pubblicato il7 Luglio 2017 di Schiavone Francesco e Leone Ludovica

Categoria: Comportamento Organizzativo

INTRODUZIONE

Forse mai come in questo momento storico il tema della fiducia degli utenti/pazienti nei confronti degli operatori sanitari, e più in generale di tutto il comparto *healthcare*, rappresenta un argomento di attualità per il dibattito scientifico, professionale e mediatico. In questo ambito, infatti, molto spesso la fiducia può determinare il successo o, al contrario, il fallimento di un sistema sanitario, generando così (in casi estremi) importanti ripercussioni territoriali in termini di policy, welfare e spesa pubblica.

Ma quali sono le "componenti" della fiducia dei pazienti e dei suoi familiari che più e meglio concorrono a determinare l'esito positivo o negativo di un sistema sanitario o di alcuni dei suoi elementi (es. ospedali o ASL)? La risposta a tale domanda è più articolata di quanto ci si possa attendere poiché la relazione fiduciaria (o meno) che lega un paziente (e i suoi *caregivers*) con il sistema sanitario si snoda su almeno due livelli. È infatti possibile distinguere relazioni di fiducia tra 1) l'utente dell'assistenza sanitaria e il dottore e tra 2) il soggetto da assistere e la struttura medica. I due livelli, interpersonale e organizzativa, non necessariamente possono essere equivalenti. È lecito anzi supporre che molto spesso l'uno prevalga sull'altro, influenzando così anche le scelte di fruizione del servizio (per usare la terminologia di marketing, si potrebbe dire "le intenzioni di acquisto") del paziente.

Un recente studio empirico in uscita sul numero di settembre del *Journal of Business Research* (Zheng, Fu Hui e Yang, 2017), entra nel dettaglio di questo problema cercando di capire quale sia il rapporto tra la fiducia verso l'istituzione medica e la fiducia verso il medico utile a massimizzare l'intenzione di acquisto dei pazienti.

FIDUCIA INTERPERSONALE, ORGANIZZATIVA E INTENZIONI DI ACQUISTO IN SANITÀ

Le intenzioni d'acquisto sono spesso guidate da coinvolgimenti emotivi e processi cognitivi, tali da prevedere futuri comportamenti dei consumatori nei confronti di un determinato brand o prodotto/servizio. La fiducia svolge un ruolo fondamentale nello studio dei fattori che determinano preventivamente la volontà d'acquisto del consumatore; essa può svilupparsi in relazione a un essere umano o un'organizzazione (Doney e Cannon, 1997; Grayson et al., 2008).

La *fiducia interpersonale* e la *fiducia organizzativa*, seppur agendo parallelamente, presentano dinamiche di contesto differenti (Anderson e Narus, 1990): la prima si sviluppa a seguito di un'interazione di lungo periodo con specifici partner attraverso una vera e propria "storia" dettagliata sull'evoluzione dei rapporti interpersonali

(Kramer et al.,1996), la seconda può scaturire attraverso inferenze da dati aziendali storici e reputazionali, sulla base dei quali, i clienti tendono a fidelizzarsi generando la cosiddetta "fiducia organizzativa".

Lo studio si propone di fornire un contributo teorico e manageriale per l'implementazione di indagini sul ruolo della fiducia nel contesto sanitario con riferimento all'intenzione di acquisto del consumatore. Dunque, la domanda di ricerca dello studio è: *"La fiducia interpersonale e la fiducia organizzativa rappresentano tipologie reciprocamente complementari o sostituibili nel determinare le intenzioni d'acquisto del paziente?"*

In seguito ai continui squilibri tra i vari stakeholders del sistema sanitario, il contesto di *business healthcare* sta subendo numerosi cambiamenti e trasformazioni come l'adozione di strategie innovative (e.g. *mobile health, ehealth* etc.) per l'eliminazione delle principali barriere che si frappongono tra il farmaco e il paziente.

La fiducia è da tempo riconosciuta come un elemento fondamentale nelle relazioni e può prevenire fenomeni come l'opportunismo (Morgan e Hunt, 1994; Gulati, 1995). Mayer (1995) ha definito la fiducia come *"la volontà di una parte di essere vulnerabile alle azioni di altre parti".* Le tematiche aventi come oggetto di studio la fiducia sono state affrontate da diverse discipline accademiche, in particolare dalla psicologia sociale e dall'economia (Castaldo, 2002; Latorre e Vernuccio, 2013). Gli studiosi di tali accademie hanno riunito i propri sforzi nel tentativo di comprendere i diversi livelli di fiducia e il ruolo svolto da essa nei diversi contesti (McKnight et al., 1998; Sheppard e Sherman, 1998; Zaheeret al., 1998).

Zand (1972) definisce la fiducia interpersonale come la "*volontà di una persona di aumentare la sua vulnerabilità alle azioni di un'altra persona il cui comportamento non è sotto il suo controllo*". Ad esempio, nell'ambiente medico, i pazienti hanno autonomia di accettare o rifiutare la prescrizione medica dei dottori. Durante il rapporto medico-paziente, la fiducia può aumentare la probabilità che un consumatore (paziente) compia determinate scelte di mercato poiché si è costruito nel tempo un completo affidamento alle raccomandazioni del "medico di fiducia".

La fiducia organizzativa può riferirsi alle opinioni del cliente relative al funzionamento di un'organizzazione o istituzione (Lewis e Weigert, 1985; Morgan e Hunt, 1994). Nel contesto sanitario la fiducia nell'organizzazione può essere misurata sulla base della "reputazione ospedaliera" (giudizi, comunicazione di massa etc.) e dall'approvazione della certificazione che riconosce ufficialmente competenza e professionalità di un'istituzione sanitaria (Meyerson et al.,1996; McKnight et al.,1998). Dunque, la fiducia organizzativa aumenta le credenze e l'intenzione di acquisto dei clienti e aiuta la crescita di un'organizzazione sanitaria poiché il completo affidamento in un ospedale influenza il grado di fiducia in un medico che fa parte di tale organizzazione (Ubel et al. 1995; Mechanic e Schlesinger, 1996; Goold, 2001).

Luhmann (1979) sostiene che *"in relazioni completamente prive di rischi non ci sono i punti di partenza disponibili per lo sviluppo e la stabilizzazione di fiducia personale".* Pertanto, se i pazienti trovano sufficiente fiducia a livello ospedaliero, possono andare avanti e prendere le decisioni di acquisto; se i pazienti non trovano sufficiente fiducia a livello ospedaliero, essi cercano di svilupparne di più con il dottore per salvaguardare le loro decisioni di acquisto. In altre parole, secondo la prospettiva funzionalista entrambi i tipi di fiducia sono sostituibili anziché complementari.

Pertanto, gli autori formulano le seguenti ipotesi riguardanti i livelli di fiducia:

- (Complementari) *L'efficacia dei risultati della decisione del paziente richiede la presenza sia della*

fiducia interpersonale sia della fiducia organizzativa.

- **H1b**. (Sostituibili) *L'efficacia dei risultati della decisione del paziente richiede la presenza di fiducia interpersonale o di fiducia organizzativa*.

Alcuni studiosi hanno dimostrato che la fiducia può influenzare i comportamenti del cliente, come la soddisfazione (Jap e Ganesan, 2000; Agustin e Singh, 2005) o la volontà di acquistare un prodotto o un servizio di un'azienda (Chaudhuri e Holbrook, 2001). In questo studio è stato esaminato il rapporto tra fiducia e intenzione d'acquisto nel contesto sanitario. Abraham e Sheeran (2004), definiscono l'intenzione d'acquisto come "uno sforzo che la persona esercita nel compiere il comportamento d' acquisto che poi porta alla decisione finale. In sanità la fiducia influisce sui pazienti che effettuano le proprie decisioni seguendo le raccomandazioni del medico (Thom, Bloch, e Segal, 1999). Così, l'intenzione d'acquisto è un indicatore idoneo per verificare il livello di fiducia dei consumatori verso medici e ospedali.

- *La fiducia organizzativa è correlata positivamente alle intenzioni d'acquisto del consumatore*.
- **H2b**. *La fiducia interpersonale è correlata positivamente alle intenzioni d'acquisto del consumatore*.

METODOLOGIA DI RICERCA

Il succitato lavoro di ricerca analizza le differenze e le interrelazioni tra i due livelli di fiducia con l'obiettivo di sviluppare un modello teorico adatto a descrivere in che modo essi agiscono nelle intenzioni di acquisto del paziente. Gli autori hanno integrato un'analisi di regressione e un'analisi qualitativa comparativa fsQCA (Fuzzy-Set Qualitative Comparative Analysis) per delineare le "ricette causali" utili a spiegare le possibili combinazioni dei livelli di fiducia e dei relativi meccanismi sufficienti per ottenere un'alta intenzione di acquisto dei consumatori nel contesto sanitario. Il contesto di ricerca scelto è l'impostazione sanitaria in Cina. Tale impostazione coinvolge tre parti specifiche: trustor (paziente) e fiduciari (ospedali e medici), (Driscoll, 1978; Mayer et al., 1995). In Cina, non esiste un medico generico (GP), quindi i pazienti non hanno altra scelta che fare affidamento sul loro sistema di fiducia personale per selezionare medici e ospedali. Le aspettative del paziente, la fiducia e la competenza di un medico, e la reputazione di un ospedale sono di grande importanza nella decisione del paziente. Nell'ambito di un pre-test è stato dunque sviluppato un questionario autodisciplinato e basato sulle teorie esistenti in materia che è stato poi distribuito tra i professionisti del settore, medici, infermieri e pazienti per garantire l'affidabilità dei risultati. Dopo lo studio pilota, sono stati esaminati pazienti con malattie croniche lievi di 24 ospedali e cliniche situati in 20 città che coprono cinque regioni della Cina con un risultato di 747 questionari validi per il test su 924 questionari raccolti e 1200 auto-segnalati. La ricerca ha utilizzato due tecniche di analisi complementari per indagare il rapporto tra fiducia organizzativa e fiducia interpersonale. Attraverso l'utilizzo delle variabili indipendenti di un modello di regressione lineare è stato possibile spiegare il comportamento di fiducia in maniera indipendente. Per l'analisi di tale situazione nella realtà è stata utilizzata la fcQCA che ha aiutato a completare l'analisi della regressione valutando la complessità causale (le possibili combinazioni, le "ricette causali", di diversi livelli di fiducia che portano a valori elevati nell'intenzione di acquisto).

I risultati dello studio evidenziano come tutte le ipotesi soprariportate siano confermate, lasciando così molteplici contributi per la letteratura scientifica e per il management sanitario.

IMPLICAZIONI MANAGERIALI

In questo studio si è esaminato il rapporto tra fiducia e l'intenzione di acquisto nel contesto sanitario dove i rapporti diretti e indiretti tra medico, ospedale e paziente sono di estrema importanza per l'efficacia dei risultati delle decisioni di acquisto. I risultati emersi hanno evidenziato come le due tipologie di fiducia dei consumatori (verso medici e ospedali) siano positivamente correlate nelle intenzioni d'acquisto dei consumatori e che entrambe siano complementari nel determinare le decisioni finali del paziente.

La fiducia di un medico può passare all'ospedale (es. ospedali distrettuali con medici di prima qualità piuttosto che ospedali nazionali con medici inadeguati) e viceversa: ogni fattore può invocare una diversa struttura del processo di fiducia. Quando si verifica il trasferimento, la fiducia organizzativa e la fiducia interpersonale si completano e determinano "interattivamente" la decisione. L'efficacia dei due livelli di fiducia risiede nella modalità con cui essi sono correlati.

La conoscenza della reputazione dell'ospedale può essere dunque compensata dalla fiducia personale dei pazienti nei medici e dalla fiducia dei loro giudizi.

Questa ricerca offre interessanti implicazioni manageriali per i fornitori di servizi in ambito sanitario come ad es. medici, direttori sanitari ospedalieri e aziende farmaceutiche.

È importante che tutti gli stakeholder attivi in questo contesto abbiano chiare le modalità con cui i consumatori utilizzano i vari tipi di fiducia per decidere o meno se "acquistare" un dato servizio ospedaliero.

I risultati forniscono intuizioni pratiche rivolte ai professionisti dell'healthcare, per gestire efficacemente la fiducia nelle relazioni ospedaliere-medico-paziente e suggeriscono una maggiore attenzione al concetto di fiducia per massimizzare e ottimizzare l'utilizzo delle risorse tra gli operatori sanitari.

Altro elemento da tenere in considerazione è la "reputazione ospedaliera" la quale però da sola non può portare ad un alto livello di intenzione di acquisto. Diventa quindi fondamentale integrare i due livelli di fiducia (istituzionale e interpersonale) per indirizzare positivamente le scelte di acquisto del paziente o di chi per lui. In tal senso, si potrebbero per esempio sviluppare progetti ad hoc (es. campagne di comunicazione) volte ad allineare il più possibile i livelli di fiducia considerati dal paziente.

Bibliografia

Abraham, C., & Sheeran, P. 2004. Deciding to exercise: The role of anticipated regret. *British journal of health psychology*, *9*(2), 269-278.

Anderson, J. C., & Narus, J. A. 1990. A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships. *the Journal of Marketing*, 42-58.

Agustin, C., & Singh, J. 2005. Curvilinear effects of consumer loyalty determinants in relational exchanges. *Journal of Marketing Research*, *42*(1), 96-108.

Castaldo, S. 2002. *Fiducia e relazioni di mercato*. Il mulino.

Chaudhuri, A., & Holbrook, M. B. 2001. The chain of effects from brand trust and brand affect to brand

performance: the role of brand loyalty. *Journal of marketing*, *65*(2), 81-93.

Doney, P. M., & Cannon, J. P. 1997. Trust in buyer-seller relationships. *Journal of marketing*, *61*(2), 35-51.

Goold, S. D. 2001. Trust and the ethics of health care institutions. *Hastings Center Report*, *31*(6), 26-33.

Grayson, K., Johnson, D., & Chen, D. F. R. 2008. Is firm trust essential in a trusted environment? How trust in the business context influences customers. *Journal of Marketing Research*, *45*(2), 241-256.

Gulati, R. 1995. Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. *Academy of management journal*, *38*(1), 85-112.

Jap, S. D., & Ganesan, S. 2000. Control mechanisms and the relationship life cycle: Implications for safeguarding specific investments and developing commitment. *Journal of marketing research*, *37*(2), 227-245.

Kramer, R. M., Brewer, M. B., & Hanna, B. A. 1996. Collective trust and collective action. *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*, 357-389.

Latorre, A., & Vernuccio, M. 2013. Ridurre il rischio percepito e generare fiducia nello shopping online attraverso gli User Generated Content. *Mercati e Competitività*.

Lewis, J. D., & Weigert, A. 1985. Trust as a social reality. *Social forces*, *63*(4), 967-985.

Luhmann, N. (1979). Trust and power Chichester. *United Kingdom: John Wiley and Sons, Inc*.

Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. 1995. An integrative model of organizational trust. *Academy of management review*, *20*(3), 709-734.

McKnight, D. H., Cummings, L. L., & Chervany, N. L. 1998. Initial trust formation in new organizational relationships. *Academy of Management review*, *23*(3), 473-490.

Mechanic, D., & Schlesinger, M. 1996. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *Jama*, *275*(21), 1693-1697.

Meyerson, D., Weick, K. E., & Kramer, R. M. 1996. Swift trust and temporary groups. *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*, *166*, 195.

Morgan, R. M., & Hunt, S. D. 1994. The commitment-trust theory of relationship marketing. *The journal of marketing*, 20-38.

Sheppard, B. H., & Sherman, D. M. 1998. The grammars of trust: A model and general implications. *Academy of management Review*, *23*(3), 422-437.

Thom, D. H., Bloch, D. A., & Segal, E. S. 1999. An intervention to increase patients' trust in their physicians. Stanford Trust Study Physician Group. *Academic Medicine*, *74*(2), 195-8.

Ubel, P. A., Zell, M. M., Miller, D. J., Fischer, G. S., Peters-Stefani, D., & Arnold, R. M. 1995. Elevator talk: observational study of inappropriate comments in a public space. *The American journal of medicine*, *99*(2), 190-194.

Zaheer, A., McEvily, B., & Perrone, V. 1998. Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. *Organization science*, *9*(2), 141-159.

Zand, D. E. 1972. Trust and managerial problem solving. *Administrative science quarterly*, 229-239.