

# INNOVAZIONE e-SALUTE



**LA SANITÀ CHE VOGLIAMO.**

Dal Welfare di comunità  
all'umanizzazione delle cure.

NUMERO

1

ANNO

1

PREZZO

€ 10,00



# AiSDeT

Associazione italiana di Sanità Digitale e Telemedicina

[www.aisdet.it](http://www.aisdet.it)



# Tecnologie digitali per il “Patient Journey”

---

*Luca Buccoliero, Dipartimento di Marketing  
Università Commerciale “L.Bocconi” – Milano*



**L'**evoluzione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) in ambito sanitario ha disegnato un modello innovativo di sanità in cui le tecnologie digitali supportano i processi sanitari e amministrativi delle aziende sanitarie, ottimizzando la gestione delle relazioni con i pazienti ed il governo dei sistemi sanitari regionali e nazionali.

La sanità digitale rappresenta un vero paradigma di innovazione, al cui servizio sono chiamate diverse discipline, tra cui l'informatica, la medicina e l'economia aziendale. In particolare, l'approccio economico-aziendale alla sanità elettronica sottolinea la necessità di coniugare tra loro in modo coerente i seguenti oggetti:

- ▶ la scelta e l'implementazione delle nuove tecnologie;
- ▶ la riprogettazione organizzativa dei processi clinici ed amministrativi delle aziende sanitarie;
- ▶ la crescita delle competenze ed il cambiamento culturale dei professionisti del sistema;
- ▶ le nuove e crescenti aspettative del cosiddetto "paziente 2.0", ormai permeato di cultura digitale.

La sfida che accompagna la rivoluzione della sanità digitale è innanzitutto quella culturale: i professionisti della salute, per trarre profitto dalle innovazioni tecnologiche, devono abbracciare una filosofia nuova, fondata sulla centralità del paziente e improntata alla condivisione dell'informazione clinica e alla sua gestione trasparente, nella consapevolezza che il fattore critico di successo nella diffusione delle Ict in sanità sia rappresentato dalla capacità di mantenere un equilibrio tra una prospettiva di tipo *high tech* e una di tipo *high touch*, basata cioè anche sull'attenzione agli aspetti di contatto umano, nel rispetto delle molteplici sensibilità che la diagnosi e la cura devono prendere in considerazione per poter essere coronate da successo.

Le dimensioni-chiave per l'analisi del progresso tecnologico in sanità sono numerose. Ricordiamo, in primo luogo, l'evoluzione delle tecnologie digitali di tipo diagnostico e biomedico, il cui sviluppo rapido e costante ha impatti significativi sulla qualità e sull'*outcome* clinico delle prestazioni sanitarie disponibili ed è alla base, insieme ai brillanti risultati della ricerca farmaceutica, di alcuni trend apprezzabili nelle società economicamente sviluppate quali l'allungamento della vita media della popolazione e la cronicizzazione di patologie un tempo considerate non curabili. Peraltro, proprio questi trend, di per se apprezzabili e naturalmente positivi per l'individuo, contribuiscono a determinare una situazione di tensione finanziaria e di squilibrio per tutti i sistemi sanitari, situazione legata tanto ai costi delle innovazioni quanto ai benefici effetti determinati dalle stesse.

Una seconda rilevante area di trasformazione legata all'avvento delle ICT in sanità è quella della crescita delle capacità di integrazione e consolidamento delle informazioni cliniche ed amministrative in formato digitale. Queste innovazioni disegnano il nuovo volto di ospedali e sistemi sanitari che rapidamente si avviano a diventare *paperless* e *filmless*, anche attraverso la progettazione di veri e propri "sistemi informativi integrati" in luogo delle tradizionali "isole" di innovazione tecnologica. Sempre in tale dimensione occorre ricordare il significativo sviluppo, anche attraverso l'adozione di nuove tecnologie nell'area direzionale dei sistemi informativi, dei sistemi per il controllo operativo, manageriale e strategico delle aziende sanitarie ed ospedaliere e dei sistemi sanitari.

Un'ulteriore area di impatto, divenuta più recentemente oggetto di studio ed attenzione tanto nel dibattito scientifico quanto in sedi politiche ed istituzionali, è quella relativa alle trasformazioni delle relazioni tra erogatori di prestazioni sanitarie (medici, aziende e sistemi sanitari) e pazienti. Una

particolare enfasi inizia oggi ad essere riposta proprio sul concetto di *empowerment* del paziente e sul ruolo che le tecnologie digitali rivestono nel garantirne una concreta espressione. Il fatto che tale area sia stata oggetto di una attenzione "tardiva" rispetto alle precedenti testimonianze senza dubbio il percorso evolutivo piuttosto anomalo e comunque singolare che le ICT hanno registrato in ambito sanitario, percorso che ha preso il via da esigenze di innovazione prevalentemente amministrativa del sistema perseguendo essenzialmente obiettivi di "efficienza" e solo successivamente è approdato al presidio della relazione con il "cittadino-paziente".

## Il cittadino-paziente nell'era digitale

Proprio il "cittadino-paziente" nell'era digitale dovrebbe rappresentare il principale driver dell'innovazione tecnologica, anche alla luce delle aspettative di cui lo stesso è ormai portatore nelle sue interazioni con tutti i sistemi di offerta di servizi, inclusi quelli sanitari. La "cultura digitale" ha infatti rapidamente generato nel paziente alcuni driver di valore del tutto inediti, non più limitati alla mera ricerca di una "cura" per un problema di salute già in essere ma estesi ad altre importanti aspirazioni quali:

- ▶ la costruzione di vera e propria "rete di relazioni" più intense e "informali" con i professionisti della salute, anche attraverso canali digitali;
- ▶ l'accesso immediato (senza barriere di orari e di spazi fisici), diretto (senza mediazione) e semplice ad informazioni sanitarie autorevoli, certificate e personalizzate sulla propria salute ed ai servizi ritenuti necessari;
- ▶ la personalizzazione dei percorsi e dei servizi;
- ▶ la possibilità di gestire e controllare direttamente i propri dati clinici;

► l'opportunità di integrare e valorizzare i dati e le informazioni rilevate dai nuovi dispositivi connessi ormai largamente disponibili (a partire dalle *app* per *fitness* e *salute* fino a più sofisticati dispositivi medici certificati per uso domiciliare/portatile);

► la condivisione delle proprie esperienze anche di natura sanitaria all'interno delle relazioni personali gestite attraverso i *social media*;

► la ricerca di una positiva "esperienzialità" anche nell'accesso alle prestazioni cliniche e sanitarie, analogamente a quanto avviene in tutte le altre occasioni di acquisto e consumo di beni o di fruizione di servizi.

Il concetto di *patient empowerment* è oggetto di molti studi in letteratura che hanno tentato di dare diverse interpretazioni al costrutto. Nel tempo si sono infatti sviluppate diverse definizioni dello stesso, tutte però accomunate da alcuni elementi chiave che si traducono in un profilo di paziente differente che assume un maggiore controllo e partecipa attivamente nel prendere decisioni "con" il professionista sanitario senza più "subire" le decisioni prese dallo stesso, grazie allo sviluppo di una relativamente migliore capacità di discernimento tra le varie opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili. Il *patient empowerment* è uno stato che deve essere sostenuto da tutti gli attori coinvolti nel processo e richiede il sostegno, soprattutto in termini di attitudine a modificare la relazione, da parte del professionista sanitario e dei sistemi di erogazione.

La sintesi di questi elementi consente di descrivere il concetto di *patient empowerment* come:

**“un processo di sviluppo personale per cui il cittadino è dotato di conoscenza, capacità e consapevolezza che gli consentano (in tutto o in parte) di autodeterminarsi in relazione alla propria salute, nell'ambito di un nuovo processo in cui il professionista sanitario può divenire, a discrezione del paziente, un facilitatore che opera all'interno di una relazione di partnership, non più di autorità.”**

## L'esperienza del paziente

Il crescente bisogno di "empowerment" del paziente si lega ad una nuova attenzione di quest'ultimo alla qualità della relazione e dell'esperienza in ambito sanitario. Tale circostanza, dunque, legittima e rende necessaria l'adozione di un vero e proprio approccio di "marketing esperienziale" in tale contesto, con l'obiettivo di massimizzare il valore offerto al paziente e da quest'ultimo percepito ed apprezzato, anche alla luce dei nuovi driver di valore sopra ricordati.

Il focus dell'innovazione digitale non può più essere limitato a singoli atti clinici ma si rende necessaria una riprogettazione complessiva del percorso e dell'esperienza del paziente, considerando tutti i "touch point" fisici e digitali disponibili.

L'esperienza dei pazienti è ormai riconosciuta come uno degli elementi più rilevanti di controllo della qualità all'interno delle strutture sanitarie (James J. 2013) ed è diventata una variabile chiave del marketing sanitario, operativo e strategico (Needham B. R. 2012).

La letteratura scientifica disponibile consente di identificare alcuni elementi esperienziali particolarmente rilevanti per il paziente. In particolare, è possibile identificare quattro dimensioni fondamentali nell'esperienza del paziente:

- il grado di effettivo empowerment percepito dal paziente e dai suoi familiari;
- la qualità della relazione tra professionisti e pazienti;
- le caratteristiche degli spazi fisici e la qualità del comfort

alberghiero;

- le caratteristiche delle risorse informative e dei servizi web.

## Empowerment

Il concetto di Empowerment implica, come sopra ricordato, il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale che riguarda le opzioni diagnostico-terapeutiche disponibili (Kjeken I., Dagfinrud H. et al. 2006). La variabile "empowerment" può essere più analiticamente scomposta in:

► **empowerment dei pazienti** – i pazienti assumono un ruolo sempre più attivo nelle proprie decisioni cliniche (Bellio E., Buccoliero L. et al. 2009);

► **empowerment dei familiari** e dei caregiver – il coinvolgimento in questo caso riguarda il nucleo familiare dei pazienti e le persone che prestano loro assistenza (Conway J., Johnson B. et al. 2006);

► **empowerment del personale** – maggiore controllo da parte dello staff ospedaliero sul contenuto e sul contesto della loro attività (Meyers S. 2009), sia sul fronte informativo (fornire chiare e dettagliate informazioni ai pazienti) (Webb K. 2007) sia su quello della continuity of care (mantenere delle relazioni con i pazienti anche dopo il termine del percorso di cura in senso stretto) (Webb K. 2007).

## Qualità della relazione

Quella tra i medici ed i pazienti è una delle relazioni interpersonali più complesse da gestire ed è quindi tradizionalmente oggetto di attenzione a più livelli (Chaichik, Kreitler et al. 1992).

L'approccio tradizionale o paternalistico sostiene come in questa specifica relazione si evidenzia una forte asimmetria tra medico e paziente per quanto riguarda le opportunità di controllo della situazione, che determina una netta predominanza del professionista clinico. Questa visione conduce a definire il rapporto come una relazione di "agenzia", dove un agente informato (il medico) prende decisioni per i clienti disinformati (i pazienti).

Tuttavia tale asimmetria si è oggi significativamente ridotta e la relazione tra i due soggetti assume caratteristiche più collaborative (McKnight and Chervany 2001, Einwiller 2003) e talvolta sbilanciate in favore di un ruolo attivo del paziente (Morgan 2003), anche alla luce delle dinamiche di empowerment già precedentemente ricordate. Si sta infatti evidenziando nei pazienti un bisogno di informazioni sempre più tempestive e dettagliate (Buccoliero, Bellio et al. 2016, Buccoliero, Bellio et al. 2016 ) al quale internet offre

un contributo importante ed alternativo a quello del medico (Charles, Whelan et al. 2003, Godolphin 2003); tuttavia, in questo contesto è dimostrato che i pazienti sono comunque desiderosi di stabilire una relazione positiva con i loro medici in quanto avvertono la mancanza del calore umano nella ricerca di informazioni online (Bloemer & de Ruyter, 1998; LeBlanc & Nguyen, 1996).

Molti studi analizzano gli impatti della qualità della comunicazione medico-paziente sulle percezioni di quest'ultimo, sulla sua soddisfazione, sul ricordo e sulla comprensione delle informazioni mediche ricevute, sulla qualità della vita ed addirittura sul livello di salute (Smith, Polis et al. 1981, Ong, De Haes et al. 1995, Roter and Hall 2006). La qualità di questa relazione può essere migliorata assicurando un attento coordinamento dei team di professionisti sanitari (Borrill, Carletta et al. 2000) e garantendo la riconoscibilità dei diversi profili professionali da parte del paziente (ad esempio grazie ad uniformi di

diversi colori e badge chiaramente leggibili).

## Spazi fisici e confort

Anche la progettazione ambientale dell'ospedale, di norma fondata sulle dotazioni diagnostiche e tecnologiche, sugli aspetti logistici ed organizzativi e sui fondamentali requisiti igienico-sanitari, potrebbe enfatizzare alcuni elementi più squisitamente esperienziali, con l'obiettivo di gestire la possibile ansia dei pazienti e lo stress dei professionisti. Saloni d'ingresso spaziosi, luminosi e non tipici dell'ambiente ospedaliero, stanze luminose e colorate, arredi di design, giardini esterni, varietà del menu, diffusione di aromi, stimolazione di altre percezioni sensoriali sono alcuni elementi di progettazione strutturale in grado di ridefinire l'esperienza del paziente. Alcune ricerche hanno dimostrato che tali elementi, correttamente implementati, hanno condotto all'aumento della soddisfazione





dei pazienti (Goldman and Romley 2008), al miglioramento dei benefici terapeutici (Cooper and Marni 1995), alla riduzione dello stress ed alla diminuzione dei tempi di degenza ospedaliera (Ulrich, Quan et al. 2004).

## Informazioni e servizi web

Milioni di cittadini utilizzano il web per gestire problematiche relative alla propria salute o a quella dei propri familiari e milioni di pagine web attinenti alla sfera della salute e del benessere sono consultate quotidianamente: circa il 20% delle ricerche complessivamente effettuate sul web negli ultimi anni nel nostro Paese hanno attinenza con problematiche afferenti alla salute. Al di là delle variazioni "stagionali" di questo dato (epidemie, allarmi specifici, ecc.), l'analisi storica dei dati disponibili conferma la crescente rilevanza della categoria "salute" nelle motivazioni che inducono un individuo ad effettuare una ricerca sul web.

Sebbene il comportamento che guida il cittadino in queste ricerche non sia ancora stato compiutamente analizzato in tutte le sue determinanti, si può ritenere che alcune caratteristiche intrinseche dello strumento web ne facciano un "touch point" ideale per le relazioni tra sistema sanitario e cittadino-paziente ed un fondamentale elemento dell'esperienza. Infatti, il web garantisce, almeno in apparenza, anonimato e virtualità della relazione (entrambe caratteristiche apprezzate soprattutto per specifiche problematiche particolarmente sensibili), immediatezza dell'accesso all'informazione (nel momento e nella circostanza in cui lo stesso è necessario), un certo carattere "ufficiale" (ancorché spesso non certificato) dell'informazione recuperata (in forma "scritta" e quindi permanente nel tempo), costi ridottissimi o inesistenti per l'utilizzo del servizio. Ma, soprattutto, il web

nelle sue più recenti declinazioni offre un ineguagliabile potenziale di "empowerment" al paziente che sempre più spesso diviene parte attiva nella generazione di contenuti e nello scambio di esperienze (ad esempio attraverso forum e social network). Tale attitudine, fisiologica a naturale nella generazione dei cosiddetti "nativi digitali", inizia ormai ad essere ben presente anche nelle generazioni più adulte e, nel caso dei cittadini *senior*, può essere sviluppata senza troppi ostacoli di tipo culturale anche grazie alla mediazione di familiari e parenti più giovani (figli e nipoti).

## Il "patient journey"

La riprogettazione esperienziale suggerisce l'opportunità di adottare la prospettiva del cittadino-paziente nella ricostruzione del percorso che lo stesso segue. La metafora del "viaggio" (il cosiddetto "*patient journey*") consente di descrivere la sequenza di eventi, peraltro non prevedibile e non lineare, nella relazione tra il cittadino e l'ecosistema di servizi per la sua salute. Si tratta per il paziente di un viaggio talvolta turbolento: alcuni autori lo descrivono efficacemente utilizzando l'ulteriore metafora dell'"ottovolante" per ricordare l'alternanza anche violenta di sensazioni e stati d'animo in circostanze spesso non facili.

La descrizione del "*patient journey*" offre la possibilità di analizzare tutta l'attività di assistenza erogata, sforzandosi di identificare eventuali criticità e aree di miglioramento,

identificando le tappe fondamentali del paziente ed il valore effettivamente creato.

La figura 1 schematizza in sintesi le principali fasi del "viaggio" del paziente, che nasce da una generica consapevolezza preesistente alla prima percezione di una sintomatologia iniziale e si chiude con una nuova più specifica consapevolezza che risulta dall'*outcome* clinico ottenuto dal processo di cura e dai cambiamenti di stile di vita che eventualmente si rendono necessari. Il viaggio è per definizione "iterativo": ogni viaggio influenza il livello di consapevolezza da cui si svilupperanno quelli successivi.

L'esperienza del paziente si genera in ciascuna delle fasi del viaggio e si arricchisce progressivamente di nuovi elementi, col succedersi degli eventi. L'empowerment del paziente, la relazione con i diversi professionisti, le caratteristiche degli ambienti fisici e delle risorse web in cui il paziente si trova determinano la qualità esperienziale complessivamente apprezzata dal paziente e contribuiscono a generare la soddisfazione complessiva di quest'ultimo.

## Il potenziale delle tecnologie digitali nel "patient journey"

La rappresentazione del "patient journey" rappresenta un'eccellente opportunità anche per ridefinire l'approccio strategico alle tecnologie digitali in ambito

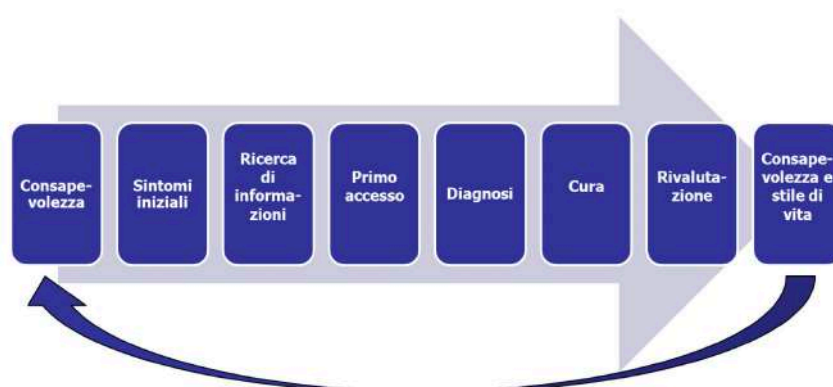
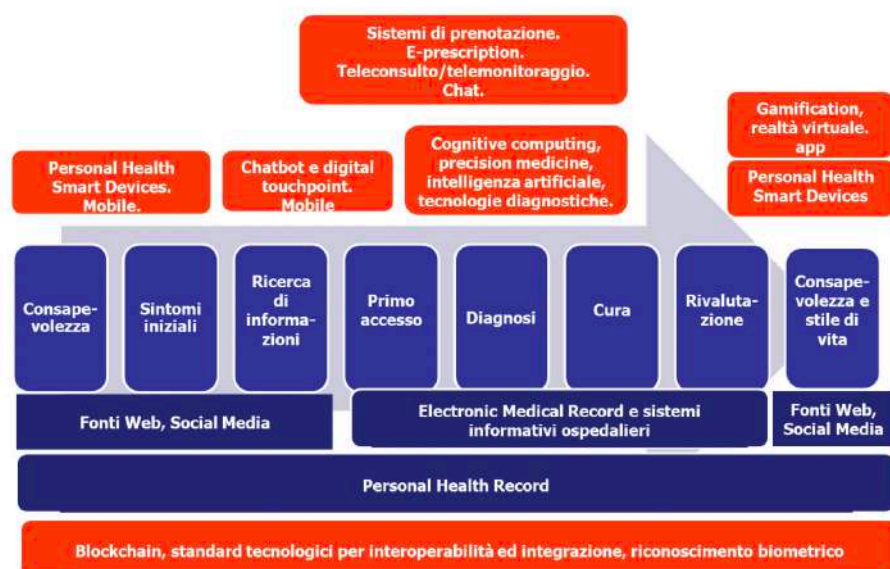


Figura 1. Le fasi del "patient journey".



**Figura 2.** Servizi e tecnologie digitali a supporto del “patient journey”.

sanitario, valutandone il ruolo e l'impatto nella creazione di valore per il paziente.

La figura 2 propone un primo tentativo di classificazione semplificata delle principali innovazioni e di alcune tecnologie digitali di riferimento in questa prospettiva.

## La gestione dei dati clinici: EMR e PHR

La figura 2 evidenzia la centralità dei sistemi per la gestione dei dati clinici, nella cui evoluzione la logica di fondo si è spostata gradualmente:

- ▶ dalla progettazione di cartelle “aziendali” di episodio (EMR, *Electronic Medical Record*), elementi dei cosiddetti sistemi informativi ospedalieri che supportano specifiche fasi del “viaggio”;

- ▶ alla più recente offerta di sistemi “personali”, sotto il diretto controllo del paziente (PHR, *Personal Health Record*), di norma accessibili attraverso il web.

La differenza principale tra EMR e PHR è in primo luogo l'interoperabilità: l'EMR è relativo ad una sola organizzazione sanitaria, mentre il PHR può ricevere dati da diverse entità e si avvale di standard di interoperabilità che consentono di realizzare un

*record* longitudinale centrato sul paziente in grado di integrare informazioni provenienti da diverse organizzazioni e dispositivi (inclusi quelli personali ed il cosiddetto *Internet of Medical Things*). Il PHR può essere definito come “un record elettronico di informazioni di salute dell'individuo, conforme a standard di interoperabilità riconosciuti a livello almeno nazionale e che può essere alimentato da varie fonti, rimanendo però sotto il controllo dell'individuo che può eventualmente condividerlo”.

I seguenti principi fondamentali devono essere alla base del trattamento delle informazioni sanitarie nei PHR:

- ▶ apertura e trasparenza;
- ▶ chiarezza sugli obiettivi e gli scopi;
- ▶ limitazioni alla raccolta e all'uso dei dati;
- ▶ partecipazione e controllo individuali da parte del paziente;
- ▶ qualità ed integrità dei dati;
- ▶ salvaguardie e controlli di sicurezza (alcune tecnologie basate su Blockchain sono state recentemente implementate con successo in alcuni progetti pilota, ad esempio quello Estone

che rappresenta indubbiamente una *best-practice* del connubio tra *privacy* ed *empowerment* nella gestione dei PHR);

- ▶ responsabilità e supervisione.

## La gestione dei dati clinici: EMR ed il caso Kameda Medical Hospital

Anche gli EMR hanno un impatto potenzialmente rilevante su alcuni momenti del viaggio del paziente. Ne è un esempio, in Giappone, il Kameda Medical Hospital in cui l'implementazione del sistema informativo ospedaliero e del relativo EMR ha seguito una filosofia che si può articolare nei tre seguenti principi:

- ▶ l'obiettivo dell'informatizzazione dell'ospedale non è rappresentato dal mero incremento di efficienza e produttività ma, piuttosto, dalla creazione di valore per il paziente;

- ▶ il paziente è il vero destinatario dei progetti di innovazione del sistema informativo, in quanto attraverso questi progetti aumenta la trasparenza del patrimonio informativo al quale il paziente (vero e proprio utente finale del sistema) può e deve accedere durante la sua degenza e i suoi accessi);

- ▶ i benefici che l'ospedale registra a seguito del progetto di informatizzazione sono essenzialmente riferibili al suo posizionamento strategico e sono legati al valore che il paziente percepisce nella proposizione complessiva dell'ospedale ed all'apprezzabile riduzione del rischio clinico.

Il paziente del Kameda è infatti l'utente finale del sistema informativo ospedaliero. Ogni letto di degenza è corredato da un *touchscreen* (figura 3) che consente in qualsiasi momento al degente di accedere in autonomia al proprio EMR in tempo reale, consultando i propri referti e la propria cartella per poterne discutere, successivamente o durante



la consultazione, con i propri medici curanti. Sulla medesima postazione, i pazienti possono visualizzare i CV dei propri medici e dei propri infermieri, esprimere le proprie percezioni soggettive di benessere, ordinare i pasti (oltre a navigare in internet e ad accedere a programmi di entertainment). Qualora il paziente lo ritenga opportuno, può delegare questi accessi ad un accompagnatore opportunamente autorizzato. Inoltre, successivamente, i dati saranno sempre accessibili via web e liberamente utilizzabili per richieste di *second opinion* o *follow up* ambulatoriali o riabilitativi anche in contesti ospedalieri diversi dal Kameda, grazie ad uno standard nazionale appositamente definito. In sintesi, il sistema Kameda realizza il massimo grado oggi concepibile di "empowerment del paziente" e dei suoi familiari, che si spinge fino alla disponibilità di webcam nelle nursery o nelle culle termiche (per consentire il monitoraggio dei neonati da parte dei genitori)

e di postazioni attraverso le quali i parenti o gli accompagnatori autorizzati possono assistere ad interventi chirurgici in costante collegamento audio video con le sale operatorie ed i chirurghi. La gestione dell'Electronic Medical Record del Kameda è quindi il cardine di questa innovativa visione di "marketing" (termine che significa "creazione di valore per il paziente-cliente") concepita dalla proprietà e dal management.

## Conclusioni

Una nuova attenzione deve essere rivolta alla creazione di valore per il paziente attraverso l'adozione di tecnologie digitali coerenti con i bisogni e le aspettative (i "driver di valore") in ciascuna "tappa" del "patient journey". L'approccio deve essere di tipo integrato ed "olistico" e considerare quale obiettivo la massimizzazione del valore percepito dal cittadino durante le esperienze vissute, sia nell'ambiente

fisico della struttura sanitaria sia online (approccio di tipo "onlife"). Grazie a tale strategia sarà possibile cogliere il vero valore delle tecnologie digitali in sanità, che consiste soprattutto nell'abbattimento delle barriere organizzative e geografiche, nella capacità di estrema personalizzazione dei percorsi di diagnosi e cura e nell'accresciuta capacità di risposta alle esigenze di empowerment del paziente: ciò permetterà di rispondere alle istanze di pazienti sempre più abituati, nella propria vita digitale, ad essere esigenti, curiosi ed attivi e ad accedere con facilità ed immediatezza a ciò che desiderano. La performance digitale dei sistemi sanitari dovrebbe dunque essere valutata secondo la prospettiva del cittadino-cliente piuttosto che nella consueta ottica dell'efficienza dell'erogatore. Da troppo tempo questa prospettiva risulta trascurata, tanto negli studi di management quanto nei concreti progetti di innovazione tecnologica del SSN, che continuano a realizzare soluzioni ipercomplesse e deboli sotto il profilo dell'usabilità e della reale coerenza con le aspettative del cittadino-paziente.



Figura 3. Letto di degenza al Kameda Medical Center e schermo touch per l'accesso al Personal Electronic Medical Record.

## BIBLIOGRAFIA MENZIONATA NEL TESTO

- Bellio E., Buccoliero L. and Prenestini A. (2009). Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN. Rapporto Oasi 2009.
- Borrill, C. S., J. Carletta, A. Carter, J. F. Dawson, S. Garrod, A. Rees, A. Richards, D. Shapiro and M. A. West (2000). The effectiveness of health care teams in the National Health Service, University of Aston in Birmingham.
- Buccoliero, L., E. Bellio, M. Mazzola and E. Solinas (2016). "A marketing perspective to "delight" the "patient 2.0": new and challenging expectations for the healthcare provider." BMC Health Services Research 16(47).
- Buccoliero, L., E. Bellio, M. Mazzola and E. Solinas (2016 ). "Technology Innovation in Healthcare and Changing Patient's Behaviors: new challenges for Marketing." Mercati e Competitività Rivista della Società Italiana di Marketing(Accepted February 3rd, 2016).
- Chaitchik, S., S. Kreidler, S. Shared, I. Schwartz and R. Rosin (1992). "Doctor-patient communication in a cancer ward." Journal of Cancer Education 7(1): 41-54.
- Charles, C. A., T. Whelan, A. Gafni, A. Willan and S. Farell (2003). "Shared treatment decision making: What does it mean to physicians?" Journal of Clinical Oncology 21: 932-936.
- Conway J., Johnson B., Edgman-Levitan S., Schlacter J., Ford D., Sodomka P. and Simmons L. (2006). Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System, The Institute for Patient- and Family-Centered Care.
- Cooper, M. C. and B. Marni (1995). Gardens in healthcare facilities: uses, therapeutic benefits, and design recommendations. Berkeley, CA, The Center for Health Design, Inc.
- Einwiller, S. (2003). "When reputation engenders trust: An investigation in business-to-consumer electronic commerce." The International Journal of Electronic Commerce and Business Media 13(3): 196-209.
- Godolphin, W. (2003). "The role of risk communication in shared decision making: First, let's get to choices." BMJ 327: 692-693.
- Goldman, D. and J. A. Romley (2008). Hospitals As Hotels: The Role of Patient Amenities in Hospital Demand. NBER Working Paper Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.
- James J. (2013). "Health Policy Brief: Patient Engagement." Health Affairs.
- Kjeken I., Dagfinrud H., Mowinckel P., Uhlig T., Kvien T. K. and Finset A. (2006). "Rheumatology care: involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis." Arthritis Rheum 55: 394-401.
- McKnight, D. and N. Chervany (2001). "What trust means in e-commerce customer relationships: an interdisciplinary conceptual typology." International Journal of Electronic Commerce 6(2): 35-59.
- Meyers S. (2009). "The Total Picture: Developing a Patient Experience." Trustee 62(2): 18-22.
- Morgan, M. (2003). "The doctor-patient relationship." Sociology as applied to medicine: 49-65.
- Needham B. R. (2012). "The Truth About Patient Experience: What We Can Learn from Other Industries, and How Three Ps Can Improve Health Outcomes, Strengthen Brands, and Delight Customers." Journal of Healthcare Management 57(4).
- Ong, L. M., J. C. De Haes, A. M. Hoos and F. B. Lammes (1995). "Doctor-patient communication: a review of the literature." Social science & medicine 40(7): 903-918.
- Roter, D. and J. A. Hall (2006). Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits, Greenwood Publishing Group.
- Smith, C. K., E. Polis and R. R. Hadac (1981). "Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding." The Journal of family practice 12(2): 283-288.
- Ulrich, R., X. Quan, C. Zimring, A. Joseph and R. Choudhary (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity, The Center for Health Design.
- Webb K. (2007). "Exploring patient, visitor and staff perspectives on inpatients' experiences of care." Journal of Management & Marketing in Healthcare 1(1): 61-72.