

Estratto dal libro “Marketing Preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe”, a cura di Marino V. e Serpelloni G.
(pubblicazione realizzata nell’ambito del progetto della provincia di Varese
“Gli stili di vita per la prevenzione delle tossicodipendenze”)

Marketing sociale per la prevenzione e la promozione della salute

Dott. Giuseppe Fattori

Direttore Sistema Comunicazione e Marketing – Azienda USL di Modena
Responsabile Coordinamento Nazionale Marketing Sociale

Dott.ssa Paola Artoni

Sistema Comunicazione e Marketing – Azienda USL di Modena

Definizione

Introdotta nel 1971 da Kotler e Zaltman¹, il concetto di marketing sociale sta suscitando un interesse crescente quale innovativo strumento per la prevenzione e la promozione della salute. Esperienze autorevoli ed evidenze scientifiche^{2, 3} ne testimoniano le potenzialità in questo settore. In letteratura nel corso degli anni sono state sviluppate diverse definizioni. Nel 2002 Kotler, Roberto e Lee sostengono che “il marketing sociale è l’utilizzo di principi e tecniche del marketing per influenzare i destinatari ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un beneficio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso” (“Social marketing is the use of marketing principles and techniques to influence a target audience to voluntarily accept, reject, modify, or abandon a behavior for the benefit of individuals, groups, or society as a whole”)^{4, p. 5}. Partendo da questa affermazione è possibile evidenziare le principali caratteristiche del marketing sociale in rapporto alla sua applicazione per la prevenzione e la promozione della salute (figura 1).

Figura 1. Dalla definizione di obiettivi e strategie per la salute ai progetti di marketing sociale.



Il marketing sociale, pur usando “principi e tecniche del marketing”, nasce all’interno di un contesto di valori e di presupposti teorici che lo rendono profondamente diverso da quello commerciale. Riprendendo il paragone di Bloom e Novelli, si può affermare che la loro relazione “è simile a quella esistente tra il football e il rugby”: anche se hanno aspetti in comune, “ognuno ha le proprie regole, i propri limiti e richiede specifiche capacità”, tanto che “un buon giocatore dell’uno non necessariamente lo è dell’altro” (“The relationship between social marketing and the more conventional commercial marketing may be somewhat like the relationship between football and rugby. The two marketing games have much in common and require similar training, but each has its own set of rules, constraints, and required skills. The good player of one game may not necessarily be a good player of the other”)⁵, p. 87. Tra gli aspetti che li accomunano, alcuni autori hanno

evidenziato: il rapporto di scambio costi/benefici, l'attenzione ai destinatari e al cambiamento comportamentale, il concetto di marketing mix⁶. Essi hanno però finalità del tutto differenti: nel marketing commerciale si tratta di un beneficio per chi vende (ovvero per chi attua la campagna), mentre nel marketing sociale per i destinatari del progetto⁷ (“i singoli, i gruppi o l'intera società”, come riporta la sopra citata definizione).

Da questa considerazione emerge come l'utilizzo del marketing sociale debba necessariamente collocarsi nell'ambito di un processo preliminare, condiviso e partecipato, di definizione degli obiettivi di salute (figura 2), un vero e proprio percorso di costruzione sociale della salute che coinvolge i diversi settori della società rendendoli interlocutori attivi: Enti Locali, Aziende Sanitarie, Terzo Settore, Università, Scuola, Imprenditori, Sindacati, Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente, Mondo dello sport e della cultura, Cittadini singoli e associati. Parallelamente, alla individuazione degli obiettivi concorrono documenti normativi che ai vari livelli (europeo, nazionale, regionale, provinciale e distrettuale) determinano gli indirizzi d'azione nel campo della prevenzione e della promozione della salute. Tra i più recenti si citano, a titolo di esempio:

- “Guadagnare salute – La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche” che è stato elaborato dal Comitato Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Copenaghen, 11-14 settembre 2006) e che considera la prevenzione un “investimento in salute e sviluppo”;
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (e i relativi Piani Regionali), che pone “la prevenzione sanitaria e la promozione della salute” tra i dieci punti strategici di sviluppo;
- il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007e i relativi Piani Regionali che indicano le linee d'intervento per la prevenzione nell'ambito delle seguenti aree prioritarie: malattie cardiovascolari (diffusione della carta del rischio, prevenzione dell'obesità, delle complicanze del diabete e delle recidive cardiovascolari), tumori (screening), incidenti e vaccinazioni,
- le deliberazioni a valenza provinciale degli organismi di rappresentanza degli Enti Locali;
- piani operativi distrettuali.

Nella definizione degli obiettivi di salute, particolare attenzione deve essere dedicata al tema delle disuguaglianze socioeconomiche di salute. Si tratta di un fenomeno che è ormai ampiamente documentato da studi nazionali ed internazionali, secondo cui la salute non è equamente distribuita tra le diverse fasce sociali ed economiche della popolazione, in quanto “i poveri, le persone meno istruite, quelle di bassa classe sociale, si ammalano di più e muoiono prima”⁸, p. 133. Le disuguaglianze di salute sono descritte come “intense, regolari e crescenti”⁹, p. 3, sono state rilevate

per tutte le fasce sociali e lungo l'intero percorso che va dalla prevenzione¹⁰, alla malattia¹¹, alla capacità di accesso a cure appropriate ed efficaci¹², fino alla mortalità¹³.

Figura 2. La definizione degli obiettivi di salute.



La finalità del marketing sociale è favorire l'adozione di comportamenti salutari sulla base di una libera scelta, fornendo ai cittadini strumenti, competenze e opportunità concrete per decidere in modo consapevole. A tal proposito alcuni autori^{14, 15 e 16} ne hanno proposto il seguente posizionamento rispetto ad altre leve di influenza sugli stili di vita, in particolare all'educazione alla salute ed all'approccio normativo (figura 3):

- l'educazione alla salute da sola è efficace nei casi in cui le persone manifestino già una certa propensione verso abitudini salutari, ovvero “quando i benefici del comportamento raccomandato sono sufficientemente attraenti, quando le barriere all'azione sono abbastanza ridotte o quando i comportamenti alternativi offrono vantaggi relativamente minori” (“When the benefits of a recommended behavior are sufficiently attractive, when the barriers to performance are sufficiently minor, or when the alternative behaviors offer less attractive benefits”)^{14, p. 441};
- gli interventi normativi, siano essi coercitivi o non coercitivi, possono trovare applicazione quando vi è resistenza nei confronti del modo di agire che si intende promuovere;

- il marketing sociale si situa in una posizione intermedia, in quanto interviene sulle barriere di tipo ambientale, socio-economico e personale che rendono più difficoltoso mettere in atto sani stili di vita.

Figura 3. Il posizionamento del marketing sociale rispetto all'educazione alla salute e al marketing sociale in rapporto alla propensione/resistenza dei destinatari a modificare il proprio comportamento.



Schema modificato da Maibach E.W., Rothschild M.L., Novelli W.D.¹⁴

La progettazione di marketing sociale può essere schematicamente suddivisa in quattro fasi (figura 4).

La prima è quella analitica e mira a raccogliere le informazioni necessarie per il successivo sviluppo e la realizzazione del progetto. È importante lo studio della letteratura scientifica per la ricognizione di esperienze similari realizzate nel mondo. In questa fase occorre inoltre condurre un'analisi dello stato di salute oggettivo e soggettivo della popolazione. Oggetto dell'indagine sono sia "i singoli, i gruppi o la società" a cui il progetto intende rivolgersi, sia il contesto in cui si estrinsecano le forze che favoriscono il comportamento non salutare da prevenire e le opportunità che potrebbero essere sfruttate per promuovere sani stili di vita¹⁷.

La seconda fase è quella strategica. Si tratta di definire le priorità e gli obiettivi specifici - misurabili - del progetto, nonché di attuare la segmentazione e il posizionamento. La segmentazione consiste nello scomporre l'intera popolazione in gruppi omogenei di persone rispetto ad alcuni parametri considerati rilevanti. Tradizionalmente possono essere utilizzate variabili geografiche, demografiche, fisiche/sanitarie, psicografiche, attitudinali e comportamentali¹⁸. Questo consente di individuare a quanti e a quali gruppi rivolgere l'intervento. Esistono infatti approcci di marketing

indifferenziato (unica strategia per tutti), differenziato (strategie differenti per i diversi gruppi) o concentrato (rivolto solo a uno o pochi gruppi)⁴. In questa fase possono essere utili le teorie sui comportamenti e in particolare sulle modalità con cui avvengono i cambiamenti. A tal proposito, si cita il “Modello degli stadi del cambiamento o *transtheoretical*”, secondo il quale la modifica di un comportamento è un processo che può essere scomposto in sei stadi successivi (*precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance, termination*): si parte da quando la persona non ha alcuna intenzione di cambiare (nei successivi sei mesi), per arrivare al momento in cui viene messa in atto una modifica comportamentale e per giungere infine ad una stabilizzazione nel tempo (almeno più di sei mesi) di tale nuova abitudine¹⁹.

Segue il posizionamento, attraverso cui si definiscono e soprattutto si rendono percepibili e ben evidenti per i destinatari i vantaggi che si possono ottenere aderendo a quanto viene proposto dal progetto rispetto alla concorrenza¹⁷.

La fase successiva è il marketing operativo in cui vengono elaborati i piani di intervento. Il marketing mix si compone di quattro elementi, le tradizionali “4 P” del marketing: il prodotto (*Product*), che è composto dal comportamento che si intende favorire e dai relativi benefici, a cui possono aggiungersi beni tangibili e servizi di supporto; il prezzo (*Price*), vale a dire l’insieme dei costi (economici e non, come ad esempio, perdita di tempo, di energia, rischi psicologici, disagio) a cui i destinatari vanno incontro per attuare il cambiamento comportamentale e che quindi nell’intervento di marketing occorre controbilanciare; la promozione e la comunicazione (*Promotion*); il canale di distribuzione (*Place*)⁴. A questi elementi, nel marketing sociale per la salute è importante aggiungere un’ulteriore “P”: i *Partner*. Sviluppare alleanze è fondamentale, perché il coordinamento e le sinergie consentono di fornire messaggi coerenti e di utilizzare al meglio le risorse⁶; in realtà si tratta di un presupposto indispensabile per la promozione della salute che, come esposto in precedenza, si basa su un processo di partecipazione e di costruzione sociale della salute. In letteratura vengono descritte anche altre “P” all’interno del marketing mix, quali ad esempio: i *Public*, “gruppi di persone esterne” - come ad esempio, oltre ai destinatari, i loro amici, familiari, insegnanti ... che possono influenzarne le decisioni - “ed interne coinvolte nel programma” (“both the external and internal groups involved in the program”)¹⁸, p. 16 - come ad esempio il personale dell’organizzazione che lo attua); *Policy*, lo sviluppo di politiche che contribuiscono a creare un ambiente favorevole alla modifica comportamentale; *Purse String*, le fonti di finanziamento e il reperimento di risorse per il progetto¹⁸.

In questo contesto il ruolo strategico della comunicazione consiste nella sua capacità di integrazione con le altre leve del marketing mix, veicolando corrette informazioni sulla salute in luoghi e in circostanze in cui i destinatari hanno anche la possibilità di mettere in atto il comportamento

proposto; questo consente di aumentare l'efficacia della comunicazione nell'orientare verso scelte salutari.

L'ultima fase è relativa alle verifiche, che possono essere di processo o di esito. Bisogna monitorare l'andamento del programma e valutare l'impatto da esso conseguito. Non sempre è facile misurare risultati in termini di salute, sia perché spesso si rendono evidenti solo nel lungo periodo, sia perché possono essere la conseguenza dell'interazione di diversi fattori, alcuni dei quali indipendenti dal progetto realizzato. La valutazione è però una sfida indispensabile, sia per la corretta programmazione delle attività successive, sia per fornire validità scientifica agli interventi svolti, sia per rendere conto delle risorse utilizzate.

Figura 4. Le fasi di pianificazione del marketing sociale.



Un'ultima considerazione sul ruolo del marketing sociale per la prevenzione e la promozione della salute emerge da un recente testo²⁰ di Andreasen, in cui l'autore propone una visione allargata di questo strumento ed evidenzia come le sue potenzialità non si limitino alla possibilità di intervenire direttamente sulle persone per orientarle verso scelte salutari, bensì si estendano anche alla capacità di favorire azioni a supporto di comportamenti salutari da parte di diversi Soggetti della società, come ad esempio, la scuola, i mass media, i decisori politici.

Esperienze

Nella letteratura scientifica vengono descritte diverse esperienze in cui il marketing sociale è stato applicato con successo alla prevenzione ed alla promozione della salute, quali ad esempio:

- “The National High Blood Pressure Education program”, un intervento condotto negli Stati Uniti dal *National Heart, Lung, and Blood Institute* per sensibilizzare sul ruolo dell'ipertensione quale fattore di rischio per ictus e malattie cardiovascolari, nonché per favorire la diagnosi e il trattamento delle persone che presentano questa condizione²¹;
- la campagna “Know your cholesterol”, nell'ambito di *The Pawtucket Heart Health Program* (Rhode Island), finalizzata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e rivolta ai medici ed alla comunità locale per aumentare la consapevolezza dell'importanza dello screening per la rilevazione dei livelli di colesterolo attraverso prelievo del sangue capillare²²;
- il concorso per sostenere l'abbandono dell'abitudine al fumo “Smokers' Challenge” - I e II edizione all'interno di *The Stanford Five-City Project* (California)^{21 e 22};
- “The HealthCom Projetscs”, una serie di progetti sponsorizzati dalla *U.S. Agency for International Development* e realizzati in Paesi di Asia, Africa e America Latina per ridurre la mortalità infantile attraverso azioni in tema di vaccinazioni, controllo della diarrea, allattamento al seno, alimentazione, monitoraggio della crescita e igiene²¹;
- “The Road Crew” (Wisconsin), un intervento per la prevenzione degli incidenti stradali alcol-correlati, il cui focus è la popolazione giovanile di 21-34 anni che torna a casa dopo aver trascorso la serata in locali dove si devono alcolici²³;
- la campagna di marketing sociale per aumentare le adesioni da parte delle famiglie in difficoltà al progetto “The Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)” in Texas²³;
- l'applicazione del marketing sociale nell'ambito di “The Food Trust's Corner Store Campaign” finalizzata a favorire scelte alimentari salutari²³.

Diversi centri autorevoli nel settore della salute hanno iniziato ad approfondire e ad applicare il marketing sociale. Tra i principali si citano i seguenti (tabella 1):

- “Health Canada”, che già a partire dagli anni ’70 sviluppa numerosi progetti di marketing sociale, considerando tale strumento “parte integrante delle strategie di promozione della salute”²⁴;
- i “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC) che, ritenendo il marketing sociale un “alleato della promozione della salute”, hanno creato un proprio brand - il *Prevention Marketing*²⁵ - e lo hanno utilizzato per la prevenzione dell’AIDS in “The Prevention Marketing Initiative”²⁶. Caratteristica del *Prevention Marketing* è l’integrazione del marketing sociale con altre discipline - *behavioral science* e *community development* – nell’ambito di “un approccio integrato multi-livello per ottenere un cambiamento dei comportamenti correlati alla salute a livello di comunità”²⁷, p. 255. Nei CDC è stato inoltre creato il *National Center for Health Marketing*, la cui mission è “proteggere e promuovere la salute e favorire il raggiungimento degli obiettivi dei CDC attraverso programmi, prodotti e servizi innovativi di health marketing che siano *customer-centered*, ad alto impatto e fondati sull’evidenza scientifica”²⁸;
- il *National Social Marketing Centre* inglese, che è nato in applicazione del *white paper* “Choosing Health” e realizzato in collaborazione dal *Department of Health* e dal *National Consumer Council* per sviluppare una “strategia nazionale di marketing sociale per la salute”²⁹;
- l’esperienza dello *Health Sponsorship Council – New Zealand Government* per favorire l’utilizzo del marketing sociale in Nuova Zelanda, Australia e Sud Pacifico ai problemi di salute.

Tabella 1. Alcuni tra i principali centri di riferimento sul marketing sociale per la prevenzione e la promozione della salute

ALCUNI CENTRI DI RIFERIMENTO:

Canada:

Health Canada – Social Marketing: www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/marketsoc/index_e.html

Stati Uniti:

Centers for Disease Control and Prevention

– Social Marketing www.cdc.gov/communication/practice/socialmarketing.htm

– Health Marketing www.cdc.gov/healthmarketing/

Inghilterra:

National Social Marketing Strategy for Health www.nsms.org.uk/public/default.aspx

Nuova Zelanda:

Health Sponsorship Council – Social Marketing: www.socialmarketing.co.nz/

Per approfondire queste tematiche, l'Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale ha creato l'area di ricerca "Marketing sociale e comunicazione per la salute" che si articola in due percorsi:

1. il marketing sociale per la promozione della salute attraverso le attività del Coordinamento Nazionale sul Marketing Sociale
2. comunicare la salute, una sezione di approfondimento della "Commissione Sanità e Salute".



Per favorire la raccolta, la valorizzazione e la condivisione di esperienze operative, l'Azienda USL di Modena e l'Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica realizzano il concorso "Marketing per la salute", a cui possono partecipare i progetti di promozione della salute che usano i principi del marketing sociale. Nel 2006 l'iniziativa è giunta alla sua terza edizione, ottenendo una partecipazione complessiva nell'arco dei 3 anni di oltre 150 progetti.

Per maggiori informazioni: www.marketingsociale.net

Bibliografia

-
- ¹ Kotler P., Zaltman G. "Social marketing: an approach to planned social change". *Journal of Marketing* 1971; vol. 35: p. 3-12.
 - ² Evans D. W. "How social marketing works in health care". *British Medical Journal* 2006; vol. 332: p. 1207-1210.
 - ³ G. Hastings, L. McDermott. "Putting social marketing into practice". *British Medical Journal* 2006; vol. 332: p. 1210-1212.
 - ⁴ Kotler P., Roberto N., Lee N. *Social Marketing – Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks (California), Sage Publications, 2002.
 - ⁵ Bloom P.N., Novelli. W.D. "Problems and challenges in social marketing". *Journal of Marketing* 1981; vol. 45: p. 79-88.
 - ⁶ Siegel M., Doner L. *Marketing Public Health*. Gaithersburg (Maryland), An Aspen Publishers, 1998.
 - ⁷ Bernhardt J.M. "Improving health through health marketing". *Preventing Chronic Disease –Public Health Research, Practice, and Policy* [serial online], 2006, vol. 3 (3). Disponibile online: www.cdc.gov/pcd/issues/2006/jul/05_0238.htm (sito visitato il 07/12/2006).
 - ⁸ Costa G., Perucci C., Dirindin N. "Le diseguaglianze nella salute e il Piano Sanitario". *Epidemiologia & Prevenzione* 1999; vol. 23: p. 133-140.
 - ⁹ Costa G., Spadea T. "Introduzione". In: Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di) "Diseguaglianze di salute in Italia". *Epidemiologia & Prevenzione* 2004; vol. 28 (3 supplemento); p. 3-14.

-
- ¹⁰ Spadea T. “La prevenzione primaria e la diagnosi precoce”. In: Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di) “Diseguaglianze di salute in Italia”. *Epidemiologia & Prevenzione* 2004; vol 28 (3 supplemento); p. 97-102.
- ¹¹ Vannoni F., Bugio A., Quattrocioni L., Costa G., Faggiano F. “Differenze sociali e indicatori di salute soggettiva, morbosità cronica, disabilità e stili di vita nell’indagine ISTAT sulla salute del 1994”. *Epidemiologia & Prevenzione* 1999; vol. 23: p. 215-229.
- ¹² Rapiti E., Peducci C.A., Agabiti N., Ancona C., Arcà M., Di Lallo D., Forestiere F., Miceli M., Porta D. “Diseguaglianze socioeconomiche nell’efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio”. *Epidemiologia & Prevenzione* 1999; vol. 23: p. 153-160.
- ¹³ Area Statistica della Regione Toscana, Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana, Dipartimento di Statistica dell’Università di Firenze, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) Istituto Scientifico della Regione Toscana, Ufficio di Statistica del Comune di Livorno, Ufficio di Statistica del Comune di Firenze. “SLTO - Studio Longitudinale Toscano. Condizione socio-economica e moralità in Toscana”. *Informazioni Statistiche in breve - Supplemento al mensile della Giunta Regionale Toscana* 28 gennaio 2002; supplemento n. 25. Disponibile online: <http://www.regione.toscana.it/cif/infbreve/infbreve25.pdf> (sito visitato il 07/12/2006).
- ¹⁴ Maibach E.W., Rothshild M.L., Novelli W.D. “Social Marketing”. In: Glanz K., Rimer K.B., Lewis F.M. Editors. *Health Behavior and health education – Theory, Research and Practice*. San Francisco, Jossey-Bass, 2002, p. 437-461.
- ¹⁵ Rothschild M.L. “Carrots, sticks, and promises: a conceptual framework for the management of Public Health and social issue behaviours”. *Journal of Marketing* 1999; vol. 63: p. 24-37.
- ¹⁶ Maibach E. “Recreating communities to support active living: a new role for social marketing”. *American Journal of Health Promotion* 2003; vol. 18 (1): p. 114-119.
- ¹⁷ Tamborini S. *Marketing e comunicazione sociale*. Milano, Lupetti & Co. Editore 1996.
- ¹⁸ Weinreich N.K. *Hands-on social marketing. A step-by-step guide*. Thousand Oaks (California), Sage Publications, 1999.
- ¹⁹ Prochaska J.O., Redding C.A., Evers K.E. “The transtheoretical model and stages of change”. In: Glanz K., Rimer K.B., Lewis F.M. Editors. *Health Behavior and health education – Theory, Research and Practice*. San Francisco, Jossey-Bass, 2002, p. 99-120.
- ²⁰ Andreasen A.R. *Social marketing in the 21st century*. Thousand Oaks (California), Sage Publications, 2006.
- ²¹ Andreasen A.A. *Marketing Social Change – Changing behaviour to promote health, social development, and the environment*. San Francisco, Jossey-Bass, 1995.
- ²² Lefebvre R.C., Flora J.A. “Social marketing and public health intervention”. *Health Education Quarterly*, 1988; vol. 15 (3): p. 299-315.
- ²³ Grier S., Bryant C.A. “Social Marketing in Public Health”. *Annual Review of Public Health*, 2005; vol. 26, p. 319-339.
- ²⁴ www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/marketsoc/index_e.html (sito visitato il 07/12/2006).
- ²⁵ www.cdc.gov/communication/practice/socialmarketing.htm (sito visitato il 07/12/2006).

²⁶ www.cdc.gov/hiv/projects/pmi/ (sito visitato il 07/12/2006).

²⁷ Kennedy M.G., Crosby R.A. "Prevention Marketing. An Emerging Integrated Framework". In: DiClemente R.J., Crosby R.A., Kegler M.C. (editors). *Emerging Theories in Health Promotion practice and research. Strategies for improving Public Health*. San Francisco, Jossey-Bass, 2002, p. 255-284.

²⁸ www.cdc.gov/healthmarketing/aboutNCHM.htm (sito visitato il 07/12/2006).

²⁹ www.nsms.org.uk/public/default.aspx?PageID=1 (sito visitato il 07/12/2006).