

# Secondo Rapporto sulla comunicazione sociale in Italia

A cura di Enzo Cucco, Rosaria Pagani,  
Maura Pasquali, Antonio Soggia

**Carocci**

**cescos**  
Centro per lo Studio della Comunicazione Sociale  
Comitato per la costituzione

# Il marketing sociale: opportunità e prospettive

di Giuseppe Fattori e Marco Vanoli

## Introduzione

1. Definizioni e posizionamento del marketing sociale
  2. La Tecnica: fase analitica, strategica, operativa, di verifica
  3. Nel concreto: le esperienze
  4. Il futuro
- 

## Introduzione

La **promozione della salute** inizia a svilupparsi già verso il XVIII secolo, per ridurre le complicazioni che affliggevano i lavoratori occupati in luoghi malsani. Alessandro Seppilli<sup>1</sup> è stato il precursore, nell'Italia della seconda metà del secolo scorso, di un filone della medicina che coinvolge le politiche sociali e ambientali, dando il via a un processo di apertura di spazi, nell'ambito scientifico del nostro Paese, per lo sviluppo dell'igiene pubblica. Da lui ha preso ulteriore sviluppo anche il concetto di farmacista come erogatore di corrette informazioni sanitarie, non più solo come venditore di prodotti. È stato un notevole passo avanti rispetto ai tempi in cui i migliori igienisti (e comunicatori della salute) nell'ambiente di vita erano i parroci e i maestri, che utilizzavano il linguaggio della gente comune per diffondere la prevenzione di alcune malattie. Una pluralità di discipline, tra le quali è possibile annoverare, a titolo esemplificativo, la medicina, la sociologia, la psicologia, l'antropologia, le scienze della comunicazione, hanno in seguito approfondito differenti aspetti delle campagne di comunicazione su stili di vita sostenibili, scopo fondamentale delle quali è fornire agli individui degli strumenti per un maggior controllo sulla propria condizione, agendo sui determinanti di salute, ossia le condizioni di vita di tipo culturale, sociale, economico e ambientale e, infine, sui comportamenti personali e sociali.

Punto focale del processo è stato la **Carta di Ottawa** del 1986, che ha realizzato una base giuridica per le politiche riguardanti la promozione della salute delle nazioni firmatarie. Essa ha definito infatti *la salute come benessere fisico, sociale e psicologico, nonché come una risorsa per la vita umana, non uno scopo di vita*<sup>2</sup>. Tale approccio sottolinea, inoltre, come le società fondate su principi di equità sociale e che sviluppano una percezione della propria salute come valore da difendere, siano anche tra quelle che hanno maggior successo, offrendo a chi ne è parte prospettive di vita migliori<sup>3</sup>. Tuttavia le politiche della salute necessitano di mezzi per raggiungere i loro scopi, ma soprattutto di coordinamento nei differenti livelli di programmazione e operatività, per ottenere un modello organizzativo nel quale responsabilità gestionali e "di produzione" siano definite e valutabili.

In questa prospettiva, il Settore Pubblico ha il compito di individuare le priorità e gli obiettivi di salute e si avvale di una pluralità di leve/strumenti per perseguirne il raggiungimento. Il **marketing sociale** è una di queste leve e sta rapidamente diventando parte integrante delle strategie di promozione della salute. Tutt'oggi le definizioni di "promozione della salute" e di "marketing sociale" sono in fase di adattamento dinamico che tiene conto delle inevitabili differenze tra le diverse collettività e tra i diversi segmenti di popolazione<sup>4</sup>: un *work in progress* che forse non avrà nemmeno termine, in quanto il punto di arrivo delle discussioni teoriche è in contraddizione con il carattere perennemente evolutivo della società umana.

---

1 Seppilli 1985.

2 Nutbeam 1988, p 29.

3 In proposito, vedi anche: Wilkinson, Pickett 2009.

4 Griffiths-Blair Stevens-Thorpe 2008, p 5.

## 1. Definizioni e posizionamento del marketing sociale

Il marketing sociale si configura come una disciplina a se stante, distinta dalla comunicazione, dall'educazione, dal marketing commerciale e dalle altre scienze economiche e sociali dalle quali attinge approcci e contributi. Inizia in particolare a prendere corpo da un articolo di Kotler e Zaltman dei primi anni '70:

*Il marketing sociale è l'utilizzo dei principi e delle tecniche del marketing per influenzare un gruppo target ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un vantaggio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso<sup>5</sup>.*

Parte da questa definizione fondamentale del marketing sociale l'analisi della terminologia adottata per indicare le correnti di pensiero e di azione volte a promuovere un più corretto atteggiamento verso il proprio corpo e verso i determinanti della salute individuale e collettiva, attraverso il tentativo di creare e comunicare differenze percepibili da parte della popolazione di riferimento.

Il **marketing sociale** presenta alcune differenze di base rispetto al **marketing commerciale**: il primo promuove valori e comportamenti alternativi, offrendo spunti di riflessione e stimolando la consapevolezza degli individui che divengono parte attiva del processo; il secondo sostiene la vendita di beni e servizi con l'obiettivo, lecito, del profitto, puntando a influenzare un consumatore posto in posizione maggiormente passiva. I benefici derivanti da un cambiamento di stile di vita e di opinione sono misurabili sul medio/lungo periodo, mentre quelli del marketing commerciale sono ottenibili immediatamente o a breve termine e implicano costi di tipo monetario più facilmente quantificabili. La concorrenza nel marketing commerciale avviene tra prodotti e marche antagonisti, nel marketing sociale invece si manifesta tra stili di vita e opinioni.

È possibile schematizzare le differenze come segue<sup>6</sup>:

MARKETING COMMERCIALE	MARKETING SOCIALE
- Promuove un prodotto, un bene o un servizio	- Promuove un comportamento
- Il target è in posizione passiva	- Il target è in posizione attiva
- La responsabilità è di azionisti e direttori	- La responsabilità è pubblica
- Convince all'acquisto di un bene o all'utilizzo di un servizio	- Convince a mutare un comportamento oppure un'opinione
- Implica costi monetari, in minor misura anche fisici o psicologici per ottenere il bene o il servizio oggetto di promozione	- Implica costi fisici o psicologici per mettere in pratica il cambiamento cognitivo oggetto di promozione
- I benefici sono immediati o a breve termine	- I benefici sono a medio o lungo termine
- Cultura del rischio	- Cultura della sicurezza
- La concorrenza è rappresentata da marche e prodotti antagonisti	- La concorrenza è rappresentata da stili di vita e opinioni contrastanti
- I privati entrano in competizione	- Gli enti collaborano con i partner
- Finanziato da vendite e investimenti	- Finanziato da tasse, donazioni e fondi pubblici
- Analisi di mercato e di domanda	- Analisi dei settori deboli della vita sociale

Alcuni autori<sup>7</sup> hanno prestato attenzione a definire inoltre il concetto di **Societal marketing** quale impegno di un'azienda privata a un buon comportamento ambientale o sociale. Il concetto di societal marketing afferma che il compito di un'impresa è quello di determinare i bisogni, i desideri e gli interessi dei mercati

5 Traduzione libera da: Kotler-Roberto-Lee 2002, p 5.

6 Modificato da Fattori-French-Blair Stevens 2009, p 114 ; Lee-Kotler "Quick Reference Guide".

7 Si veda ad esempio: Kotler 1986, in Tamborini p 83.

obiettivo e di procedere al loro soddisfacimento più efficacemente ed efficientemente dei loro concorrenti, secondo modalità che preservino e rafforzino il benessere del consumatore e della società

L'attenzione del settore privato verso la propria responsabilità si può estendere al di là della mera vendita del prodotto e interessa la garanzia della qualità, costi accettabili, catena di produzione che non intacchi eccessivamente l'ambiente, eliminazione di ingredienti nocivi, non sfruttamento di lavoro minorile, risparmio energetico, sicurezza di uso etc., tutti elementi che possono influire molto sulla permanenza di un'azienda sul mercato, nella misura in cui essa è stata attenta al suo ruolo sociale. In Italia, quando si vuol evidenziare la differenza tra *social* e *societal*, si ricorre all'espressione inglese senza tradurla, oppure si utilizza l'aggettivo "sociale" per entrambi i significati, quello delle responsabilità sociali dell'impresa e quello delle organizzazioni senza fini di lucro, sia pubbliche che private: in ogni caso, alla base sta il prodotto che è rappresentato principalmente da idee, valori, atteggiamenti e comportamenti che divengono temi di rilevanza collettiva.

Nel marketing sociale, dunque, l'applicazione sistematica dei concetti del marketing e delle sue tecniche ha come fine il miglioramento del livello generale di salute attraverso quello di più individui, prestando particolare attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili: strategie non "a pioggia", ma attente ai soggetti deboli in termini di capitale economico, sociale e culturale possono favorire una maggiore uguaglianza di salute tra le persone.

Nel nostro Paese le discussioni sul marketing sociale convergono su due aspetti fondamentali: i necessari indirizzi dettati dalle **politiche di salute**, senza i quali progetti e iniziative sfiorerebbero l'aleatorio, nonché il valore dell'**intersettorialità**. È infatti opportuno mettere in risalto il **ruolo dei partner** nel corso del processo: enti locali, istituzioni, mondo della salute, dell'ambiente, dello sport, volontariato, imprenditori, associazioni di categoria, sindacati, singoli cittadini concorrono insieme, se coinvolti, alla definizione del concetto di "star bene" e al raggiungimento, anche attraverso la modifica dei comportamenti, degli obiettivi di salute prefissati. Il marketing sociale volto all'adozione di sani stili di vita intende, dunque, favorire la condivisione con i cittadini e la comunità, nel cui ambito territoriale opera l'ente pubblico promotore, di una più vasta gamma di comportamenti alternativi che garantiscano scelte più appropriate, libere e consapevoli riguardo a ciò che influisce sul proprio stato di salute (quel che viene definito *empowerment*<sup>8</sup>).

Il percorso di definizione del marketing sociale e la sua forte caratterizzazione nell'ambito della promozione della salute (intesa, come già sottolineato, quale esito di una pluralità di determinanti fisici, ambientali e culturali) può essere facilitato dal suo posizionamento, adattato dalle proposte interpretative di diversi autori<sup>9</sup>, in un "**Behavior Management Continuum**" che consta di tre leve, alternative o integrate: comunicazione, marketing sociale e normativa, tutte tendenti alla proposta di uno stile di vita ritenuto sano. (Fig. 1)

---

8 L'empowerment, secondo Paulo Freire, "non è caratterizzato dalla capacità di ottenere potere per dominare gli altri, ma piuttosto dal potere di agire con gli altri per un cambiamento effettivo" (Freire 1970).

9 Vedi in proposito: Maibach E. 2003. Maibach E. 2002. Rothschild M.L. 1999.

**Figura 1: Posizionamento del marketing sociale rispetto alle altre leve per la promozione della salute<sup>10</sup>**



Le leve di influenza sugli stili di vita proposte (comunicazione, marketing sociale, interventi normativi) possono essere distinte rispetto all'atteggiamento dei destinatari (disponibilità a far proprio un comportamento), al vantaggio percepito (è possibile rendere facilmente percepibili i benefici di una data azione?) e alla forza attrattiva del comportamento concorrente (succo di frutta o consumo di una bibita gassata?). Per chiarire:

1. nel caso di destinatari propensi e motivati verso uno specifico comportamento, nonché di una debole concorrenza, può essere sufficiente una campagna di **comunicazione** per far percepire i vantaggi e motivare all'azione;
2. quando sono presenti ostacoli al cambiamento, in una situazione che può definirsi intermedia tra la propensione e la resistenza, nonché con una concorrenza presente e attiva, è utile ricorrere al **marketing sociale**, sviluppo più raffinato del sistema, per contribuire a porre in evidenza i vantaggi dell'adozione di una specifica azione e ridurre le barriere all'adozione. Si consideri che gli interventi possono essere strutturali: se il consumo di frutta e verdura è basso, è certamente importante comunicare i vantaggi di una nutrizione più varia ed equilibrata, ma può essere necessario incrementare le possibilità di accesso a tali alimenti attraverso, ad esempio, la diversificazione dell'offerta dei distributori automatici, presenti capillarmente nei luoghi di vita e di lavoro<sup>11</sup>;
3. in casi di maggiore resistenza da parte dei destinatari e di una situazione nella quale la concorrenza è ingestibile, spesso la scelta è ricaduta verso un **approccio normativo**, con l'ausilio della forza pubblica, per ridurre i costi sociali di un comportamento che si sta cercando di reprimere, oppure per aumentare il costo che sosterrà chi lo mette in atto. Quanto più è difficile indurre un cambiamento, dunque, più si ricorrerà alle sanzioni legislative: una campagna sul fumo sarà accompagnata dalle penalità per mancata osservanza delle norme mentre la violenza su donne o minoranze sessuali o etniche potrà portare alla carcerazione del trasgressore.

A sostegno di tale riflessione, è opportuno puntualizzare i differenti livelli del **cambiamento**, che può essere: **cognitivo** (campagne d'informazione che aumentino il grado di coscienza su una specifica questione, come razzismo, valori nutrizionali, ecc.); **d'azione** (iniziative che tendano a far compiere un'azione concreta in un certo lasso di tempo, favorendo un ammortamento dei costi che la popolazione di riferimento affronterà; ad esempio nell'ambito delle vaccinazioni, o della donazione sangue e organi); **comportamentale** (al quale puntano progetti di marketing sociale, alla ricerca di modifiche stabili di comportamenti per la salute individuali e collettivi, che vadano a vantaggio del singolo, della società e dell'ambiente. Si pensi all'applicazione su temi quali droga, alcol, fumo, contraccezione, riciclo rifiuti, violenza sulle donne); di **valori** (modifiche di opinioni morali, quali pregiudizi razziali, sessuali, religiosi) a seconda del livello di penetrazione che si vuole ottenere nella coscienza dei destinatari<sup>12</sup>.

Per sottolineare con un esempio<sup>13</sup> il ruolo strategico del marketing sociale: l'**idea** (ambientalismo, ecologia)

10 Fattori G., Artoni P. 2007, p 147.

11 Fattori G., Artoni P., Tedeschi M., 2009.

12 Kotler 1982, in Tamborini 1996, pp 94-97.

13 Adattato da: Smith 2009, p 99.

trova realizzazione nel **comportamento** (riciclo), diffusione con la comunicazione e l'educazione (nei luoghi di vita e di lavoro) e supporto con le **prescrizioni** (multe, presenza obbligatoria di cassonetti) e, infine, s'avvale delle opportunità del **marketing sociale** (riduzione delle barriere all'azione): offerta di cestini in spazi pubblici; distribuzione diretta di contenitori di diverse dimensioni per suddividere i rifiuti; servizi di prelievo di materiale differenziato dalle case private; prodotti innovativi che sostengono il cambiamento di comportamento, come le ruote per i bidoni dei rifiuti differenziati, perché anche il peso di un piccolo spostamento può essere una barriera all'azione spesso non considerata<sup>14</sup>. Le diverse possibilità di raggiungere lo scopo non sono incompatibili e possono venir usate insieme.

Per riassumere il ragionamento fin qui esposto, è possibile dunque affermare che, nei Paesi a sistema sanitario pubblico di carattere universalistico, che garantiscono l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini e sono basati sul principio di solidarietà per promuovere il bene comune,

*il marketing sociale è l'applicazione di concetti e tecniche del marketing e di altre discipline per raggiungere obiettivi comportamentali volti a **migliorare la salute** individuale/collettiva e per contribuire a **ridurre le disuguaglianze sociali**, nell'ambito delle **politiche** della comunità di riferimento.*

Invece che per far conoscere un prodotto commerciale e venderlo, i concetti e le tecniche del marketing vengono quindi ripresi e applicati per **un bene sociale**, ossia un cambiamento volontario del comportamento tenuto dal gruppo di popolazione cui è diretto il messaggio.

I campi in cui il marketing sociale ha maggiore utilizzo sono soprattutto quelli ambientali (qualità dell'aria e dell'acqua, protezione della natura, raccolta differenziata, fonti energetiche rinnovabili, urbanistica sostenibile), delle iniziative prettamente sociali (recarsi alle urne, prevenzione della violenza domestica, volontariato, facilitazione dell'accesso alle informazioni e ai servizi per le fasce più deboli della popolazione), della salute pubblica (HIV/AIDS, alcol, fumo, obesità, tubercolosi, gravidanze indesiderate), della prevenzione degli infortuni (incidenti stradali, morti bianche).

## **2. La tecnica: fase analitica, strategica, operativa, di verifica**

Nell'approfondire con maggior attenzione il processo di **progettazione e attuazione di una iniziativa di marketing sociale**, è possibile schematicamente distinguere quattro fasi.

**1 . Fase analitica:** mira a raccogliere le informazioni necessarie per lo sviluppo e la realizzazione di un progetto; comprende lo studio della letteratura di riferimento e la comparazione con altre esperienze similari realizzate nel mondo. Occorre inoltre condurre un'analisi dello stato di salute oggettivo e soggettivo della popolazione, per comprendere meglio 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 vita.

In concreto, l'analisi si avvale di strumenti conoscitivi e di indagine socio-demografica, come il "**Profilo di Comunità**", che offre indicazioni e illustra le criticità per scegliere gli obiettivi prioritari da perseguire al fine di migliorare il livello generale di salute, istruzione, urbanizzazione, ambiente, trasporti, ecc., mediante iniziative pianificate e guidate da una conoscenza approfondita dei diversi segmenti di popolazione ottenuti attraverso studi e statistiche appositi<sup>15</sup>.

Nel corso di questa fase, numerose variabili concorrono a determinare il successo o il fallimento di un'iniziativa di marketing, a seconda di come vengono prese in considerazione. Le strategie sono infatti calibrate sulle **variabili geografiche** (grandi centri urbani, piccole città o aree rurali, clima e densità abitativa, facilità di spostamento), sulle **variabili demografiche** caratteristiche di un target di grandi dimensioni (età, sesso, reddito, istruzione, famiglia, religione, etnia, etc.), sulle **variabili psicografiche** di un target di dimensioni più contenute (ceto sociale, stile di vita, amicizie, personalità, caratteristiche che si possono prendere in considerazione in caso di un gruppo ridotto di persone che fungono da target), sulle **variabili comportamentali** (benefici attesi, opinioni già espresse sul prodotto, il grado di ricettività,

---

14 Haldeman T., Warisse Turner J., 2009.

15 Carrozzi-Fattori 2006, p 208.

sensibilità latente e di reazione al messaggio variabili nel tempo e che influenzano l'impatto di una campagna)<sup>16</sup>. Le variabili tornano utili al momento di diversificare il genere di intervento oggetto del marketing, in base alle minori o maggiori difficoltà/barriere percepite dagli individui, che possono infatti reagire negativamente dinanzi a un ostacolo, vero o immaginario, che impedisce la concretizzazione dell'azione desiderata dal promotore.

È stato citato come esempio il Profilo di Comunità quale documento che “fotografa” lo stato ambientale, epidemiologico e sociale di una popolazione. Ad esso, nel modello della Regione **Emilia-Romagna**, fa seguito un documento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria<sup>17</sup>, l'**Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale** che, sulla base dei dati raccolti e degli indirizzi nazionali e regionali, individua priorità e ambiti di intervento che legittimano le fasi successive del processo che si sta descrivendo.

Altri approcci significativi nella realtà italiana possono essere citati come base e per indirizzare le successive fasi delle campagne di marketing sociale. Ad esempio le **Società della Salute** della **Toscana**, formate da consorzi pubblici senza scopo di lucro i cui titolari sono le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni, deputate all'integrazione socio-sanitaria, nonché, in **Piemonte**, i **Profili e Piani di Salute** (PePS), che adottano strategie per la tutela della salute, basate sulla definizione degli obiettivi prioritari di salute e benessere, sull'identificazione dei soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli e i contributi specifici e, infine, sulla valutazione degli obiettivi raggiunti.

**2. Fase strategica:** definisce le priorità e gli obiettivi specifici e misurabili del progetto e ne attua la segmentazione e il posizionamento.

La **segmentazione** consiste nello scomporre l'intera popolazione in gruppi omogenei di persone rispetto ad alcuni parametri considerati rilevanti (vale a dire le variabili delle quali si è parlato in precedenza), per 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). In questa fase possono essere utili le teorie sui comportamenti e in particolare sulle modalità con cui avvengono i cambiamenti<sup>18</sup>.

L'attenzione ad una adeguata segmentazione e ad una profonda conoscenza del segmento cui ci si rivolge è di fondamentale importanza nella riuscita di un'iniziativa: si pensi a un progetto basato sull'utilizzo dei nuovi media per la lotta al fumo costruito con e per le nuove generazioni e alle differenze con un'iniziativa rivolta a un anziano forte fumatore poco tecnologizzato.

La letteratura sull'argomento è vasta e interessante. Per citare alcuni esempi, che costituiscono tra l'altro un ponte tra fase strategica e analitica, i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta<sup>19</sup> hanno realizzato nel 2009 tre studi volti ad approfondire le caratteristiche di specifici gruppi di individui, destinatari di campagne di promozione della salute. Attraverso l'analisi secondaria di libri, articoli, database e siti web, l'iniziativa *Audience Insights* ha puntato a svelare abitudini, preferenze e motivazioni di mamme, adolescenti, e della "generazione responsabile" (64-84 anni); ne è risultato un vasto patrimonio di informazioni che consentono di conoscere in profondità tali popolazioni di riferimento rispetto a temi quali consumo mediatico, attività on-line e nella vita comune, ambizioni, necessità.

Ancora, spostando il focus sul campo ambientale, il Center for Climate Change Communication<sup>20</sup> ha promosso una ricerca che segmenta la popolazione americana in sei gruppi omogenei per credenze, valori, e percezione del rischio in tema di cambiamenti climatici, ponendosi l'obiettivo di fornire strumenti per rendere più efficaci le campagne sullo sviluppo sostenibile. Allarmati (19%), Preoccupati (22%), Cauti (20%), Indifferenti (12%), Pieni di dubbi (16%) e Sprezzanti (11%): per ogni gruppo sono proposti suggerimenti per il coinvolgimento nelle policy ambientali e per orientare il passaggio ad azioni concrete.

Altro aspetto che contraddistingue la fase strategica è il **posizionamento**, processo ampiamente studiato<sup>21</sup> nel marketing commerciale. Kotler in proposito sostiene che “il posizionamento consiste nel far radicare i

16 Tamborini 1996, pp 106-108.

17 La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria è composta dai Sindaci dei Comuni di un territorio provinciale e dal Presidente della Provincia. Alle sedute della Conferenza sono invitati il Direttore Generale dell'Azienda USL competente per territorio, nonché, ove presenti, il Direttore Generale dell'Aziende Ospedaliera e il Rettore dell'Università.

18 Per una efficace e approfondita panoramica sull'argomento: Ragazzoni et al. 2009.

19 Vedi il portale [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

20 Leiserowitz, Maibach, Roser-Renouf 2009.

21 Ries, Trout 1992.

principali benefici differenziali connessi alla propria offerta nella mente dei clienti”<sup>22</sup>, orientando dunque anche gli sforzi dei social marketers nel creare, comunicare e consegnare valore ad un pubblico preciso in cambio dell’adozione di un comportamento desiderato. Un esempio per rendere più chiaro il concetto: con quali caratteristiche e vantaggi è possibile presentare, e posizionare nella mente<sup>23</sup> delle persone, la mobilità urbana con i mezzi pubblici o con la bicicletta, sapendo che la concorrenza è costituita dall'autonomia e dalla comodità garantite dall'automobile personale, il ricorso alla quale è spesso abitudinario e radicato?

Una riflessione sul posizionamento si interseca necessariamente con il percorso continuo, faticoso e sottovalutato, di costruzione del **brand**<sup>24</sup>. Spesso il budget pubblico a disposizione per delineare le caratteristiche di fonte riconoscibile, autorevole e degna di fiducia, è assai lontano da quello messo in campo dai concorrenti (si pensi alle industrie del tabacco). La situazione di partenza, soprattutto nel settore della salute, inoltre, è difficile: sono ostiche da rimuovere etichette come “malasanità” o immagini quali “fantasanità” (quella dei serial televisivi, oggetto di numerosi studi scientifici<sup>25</sup>, nei quali infinite risorse diagnostiche e di cura promuovono un'aurea distorta di immortalità, contribuendo a esasperare le attese sulle possibilità della medicina). Eppure l'utilizzo di un brand certo per la promozione di sani stili di vita è una risorsa strategica e relazionale rilevante, in particolare se si considera che, per ottenere vantaggi di salute individuali e collettivi, ci si propone di modificare una pluralità di comportamenti.

**3. Fase operativa:** elabora i piani di intervento. Il marketing mix, predisposto in coerenza con le fasi precedenti del processo, si compone di cinque elementi, identificabili come le “5 P” del marketing:

- il prodotto (**Product**). L'utilizzo di uno specifico prodotto, chiaro, definito, tangibile e irrinunciabile è la caratteristica che consente di identificare con maggior chiarezza le iniziative di promozione della salute realizzate secondo i criteri del marketing sociale. In un recente articolo, Bill Smith<sup>26</sup> si domanda se, nella disciplina, il prodotto possa essere anche un valore, un'idea, un comportamento, oppure se sia identificabile solo in un oggetto concreto. Nel provare a rispondere, appare evidente l'impatto delle cinture di sicurezza per ridurre mortalità e infortuni negli incidenti stradali, così come quello del dentifricio per l'igiene orale. La disponibilità di vaschette di macedonia di frutta di IV gamma<sup>27</sup> nei distributori automatici si aggiunge all'elenco di prodotti che, se valorizzati, possono incidere sulle scelte e sui comportamenti. La sfida per la salute pubblica consiste dunque nello "stare al passo"<sup>28</sup>, nell'individuare quali oggetti concreti possano stimolare efficacemente<sup>29</sup> gli individui e la popolazione nel suo complesso a tutelare la propria salute (accessori per la sicurezza stradale, creme da sole, preservativi, carta riciclata, lampadine a risparmio energetico, ecc.).
- il prezzo (**Price**): l'insieme dei costi, economici e non, che le persone sostengono nel cambiare un comportamento. I costi non economici sono intangibili, ma altrettanto reali e concreti per i destinatari<sup>30</sup>: si pensi a barriere quali la perdita di tempo e di energie, i rischi psicologici, il disagio sociale o l'imbarazzo, da controbilanciare con una convincente serie di benefici per suggerire modalità alternative di azione alla popolazione di riferimento. Nell'ambito delle strategie di contrasto al tabagismo, ad esempio, un fumatore può percepire come costi personali la perdita di fascino, di piacere e della sensazione di relax. Quali opportunità positive possono essergli rese evidenti? Senza fumo potrebbe risparmiare, proteggere chi ama (spesso i neo genitori o i nonni abbandonano le sigarette con la nascita di un bambino), respirare meglio, oppure, provando a spostare il focus nel campo dell'estetica, avere denti più bianchi.
- la promozione e la comunicazione (**Promotion**). Ponendosi in continuità con le altre leve del marketing mix<sup>31</sup>, consente di far conoscere agli interlocutori il prodotto che si intende proporre, evidenziandone con chiarezza e semplicità i benefici, le caratteristiche e gli eventuali servizi ad esso

---

22 Kotler 1999.

23 Lindstrom 2009.

24 Douglas Evans, Hasting 2008.

25 Si veda ad esempio: Diem, Lantos, Tulsy 1996 e Brodie M. et al. 2001.

26 Smith 2009.

27 I prodotti agroalimentari appartengono a diverse categorie in funzione del differente grado di lavorazione che possono subire. Con “macedonia di frutta di IV gamma” si identifica la frutta fresca lavata, tagliata e confezionata per essere pronta all'uso (es.: confezioni di macedonia di frutta fresca, sacchetti di frutta o di verdure fresche, ecc.).

28 Merritt, Christopoulos, Thorpe 2009.

29 Mc Cormack, Brown 2006.

30 Kotler, Lee 2002.

31 Thackeray, Neiger, Hanson 2007.

associati per motivare le persone ad agire. Definiti gli obiettivi di comunicazione, la scelta di canali, linguaggi, toni, deve essere, come ampiamente sottolineato, coerente con le peculiarità delle persone con le quali ci si relaziona. Oggi, per chi si occupa di marketing sociale per la promozione della salute, numerose opportunità e risorse sono offerte dall'utilizzo del web 2.0<sup>32</sup>, che consente una maggiore e più ampia interazione con e tra i destinatari delle iniziative. In particolare, attraverso il coinvolgimento diretto nel processo creativo (tanto nella produzione quanto nella distribuzione delle informazioni), la collaborazione per creare nuova conoscenza, la creazione di reti sociali “virtuali” di supporto<sup>33</sup> e il social bookmarking, è possibile condividere con sempre maggior efficacia contenuti e significati.

- la distribuzione (**Place**). Si intendono i canali attraverso cui si rendono fruibili i prodotti o il programma di una campagna di marketing sociale. Caratteristiche di un appropriato canale di distribuzione<sup>34</sup> possono essere la vicinanza, l'accessibilità, l'interesse che suscita, la convenienza rispetto al luogo di fruizione/consumo di un prodotto o comportamento concorrente. Può risultare importante il posto nel quale le persone decidono quale azione o quale scelta compiere: la promozione di una alimentazione varia e corretta, per esempio, può essere realizzata direttamente presso i supermercati<sup>35</sup> (spese guidate, dimostrazione di ricette, ecc), i distributori automatici<sup>36</sup>, oppure nelle mense e nei ristoranti (menù salutari consigliati).
- i **Partner**. Sinergie e approcci multisettoriali, che coinvolgono Enti locali, Scuola, Terzo Settore, mondo della salute, dell'ambiente, dello sport e della cultura, consumatori, imprenditori, ecc., consentono la realizzazione di attività coerenti e integrate, creando un processo ampio di partecipazione e di costruzione sociale della salute. Grazie al coinvolgimento di soggetti sociali che manifestano interesse e si riconoscono negli obiettivi<sup>37</sup> di una specifica iniziativa di marketing sociale, infatti, è possibile tessere una rete di alleanze che integri risorse e competenze<sup>38</sup>, favorendo il raggiungimento di fasce di popolazione ampie e differenziate.

**4. Fase di verifica**, di processo o di esito. Nel percorso che contraddistingue il realizzarsi di un'iniziativa di marketing sociale, il momento di verifica è importante per stimare il rapporto tra gli obiettivi definiti e quelli effettivamente raggiunti, consentendo un margine per eventualmente riorientare le strategie in atto. La valutazione è, infatti, alla base della corretta programmazione delle attività successive, sia per fornire validità scientifica agli interventi svolti, sia per rendere conto delle risorse utilizzate.

A seconda dei progetti realizzati, può essere utile ricorrere a interviste, focus group, osservazioni etnografiche, ecc., per raccogliere informazioni sugli esiti di processo di una campagna. Ulteriori aspetti possono fungere da cartina di tornasole: si pensi ad esempio agli accessi a un sito web, al numero di post in un forum, ai contatti di un social network (per stare nell'ambito della leva “promozione/comunicazione” attraverso i nuovi media), ma anche a dati relativi a specifiche componenti del marketing sociale, come il prodotto. In un progetto che si caratterizza per l'inserimento di bevande e alimenti salutari nei distributori automatici<sup>39</sup> è rilevante sapere quante macedonie di frutta sono state erogate in un determinato periodo, oppure qual è il rapporto tra le vendite di acqua o succhi frutta e quello di bevande gassate in uno specifico contesto.

Diverso è l'approccio alla misura degli esiti in termini di salute, sia perché questi 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. In Finlandia si è assistito ad una netta riduzione della mortalità dovuta agli incidenti cardiovascolari, riconducibile ad una pluralità di interventi di promozione della salute e alle attività di prevenzione sui principali fattori di rischio (fumo, alcol, sovrappeso e obesità, ecc). Dati importanti e verificabili, però, sono stati raccolti in un arco di tempo di trentacinque anni (!), durante i quali sono stati realizzati con continuità progetti coerenti con gli obiettivi di salute individuati<sup>40</sup>.

---

32 Thackeray, Neiger, Hanson, Mackenzie 2008.

33 Shahab, McEwen 2009.

34 Lagarde 2004.

35 Fattori, Artoni 2005.

36 Fattori, Artoni, Tedeschi 2009.

37 Thomas 2008.

38 Goldman, Shamlz 2008.

39 Fattori, Artoni, Tedeschi 2009.

40 Vedi in proposito: Mcalister et al. 1982. Vartiainen et al. 2009.

A questo proposito, risulta dunque evidente come possano essere adeguati **Sistemi di sorveglianza** sullo stato di salute di una popolazione a indicare se, quantomeno, emerge una certa congruenza tra i risultati delle strategie operative (marketing sociale, comunicazione, educazione alla salute, ecc) e gli obiettivi individuati dai decisori (gli Enti locali) sulla base degli indirizzi legislativi e dei dati epidemiologici. In Italia, tra i documenti più significativi che, grazie ai dati che contengono e accumulano nel tempo, forniscono informazioni relative alla salute e ai fattori comportamentali si possono ricordare: *Okkio alla salute* (riferito ai bambini di età 6-10 anni); *HBSC - Health Behaviour in School-aged Children* (11, 13 e 15 anni); *PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia* (18-69 anni); *PASSI d'Argento* (65 anni e più). Altri report di rilievo possono essere relativi all'ambiente, alle patologie (mortalità, registro tumori, osservatorio sull'HIV, ecc), oppure alla mortalità evitabile (*Atlante ERA*, Epidemiologia e Ricerca avanzata).

Una riflessione a parte merita il tema dell'*outcome* (valutazione di esito) sulle disuguaglianze sociali di salute. Lo stato di benessere di individui e collettività è influenzato, come sottolineato in precedenza, da determinanti modificabili. In particolare si pensi all'ambiente (qualità dell'aria e dell'acqua, rumore, ecc), agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol, ecc), nonché all'accesso appropriato ai servizi sanitari, ambiti sui quali, nei sistemi universalistici, è necessario e auspicabile intervenire anche per riequilibrare condizioni socioeconomiche differenti. Studi nazionali ed internazionali<sup>41</sup>, tuttavia, documentano ampiamente che oggi la salute non è equamente distribuita tra le diverse fasce sociali ed economiche della popolazione: "i poveri, le persone meno istruite, quelle di bassa classe sociale, si ammalano di più e muoiono prima"<sup>42</sup>. Le disuguaglianze di salute possono dunque essere definite intense, regolari e crescenti<sup>43</sup>, sono state rilevate per tutte le fasce sociali nei campi dalla prevenzione<sup>44</sup>, della malattia<sup>45</sup> e della capacità di accesso a cure adeguate<sup>46</sup>. Qualcosa nelle politiche e nelle strategie di intervento non sta, dunque, funzionando e, per provare a contenere la "forbice di salute" tra le diverse fasce di popolazione, si stanno sperimentando sempre più<sup>47</sup> le opportunità offerte dal marketing sociale.

La figura seguente riassume il percorso descritto nel paragrafo.

---

41 L'attenzione al tema è di particolare rilevanza in ambito anglosassone. Di recente pubblicazione è il Rapporto Marmot, "Fair Society, Healty Lives", nel quale si evidenzia come nella speranza di vita in Inghilterra la differenza fra chi è più povero e chi è più benestante è mediamente di 7 anni. Non solo: se si prende in considerazione l'attesa di vita libera da disabilità, questa differenza raggiunge i 17 anni. Ancora: la disoccupazione permane tra i principali determinanti di salute, anche tra le classi più elevate. A fronte di tali considerazioni, i curatori affermano: "le disuguaglianze di salute che possono essere evitate adottando provvedimenti ragionevoli sono ingiuste. Eliminarle è sostanzialmente un problema di giustizia sociale". Per approfondire vedi: AA.VV. 2010.

42 Costa 1999.

43 Costa et al.2004.

44 Spadea 2004.

45 Vannoni et al. 1999.

46 Rapiti et al. 1999.

47 Shircore 2009.

Figura 2: Le fasi di pianificazione del marketing sociale<sup>48</sup>



### 3. Nel concreto: le esperienze

Una breve rassegna, sintetica e non esaustiva, di recenti esperienze italiane e internazionali che si avvicinano all'applicazione dei principi del marketing sociale consente di tradurre in esempi operativi le direttrici teoriche proposte nei paragrafi precedenti.

#### In Italia

**Cuore d'Amare:** Il progetto<sup>49</sup>, del 2009, attuato dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 2 nord, che ha coinvolto i medici di medicina generale e la Pro Loco di Pozzuoli (**partner**), mira a ridurre l'alta incidenza locale delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio promuovendo il consumo corretto del pescato (ossia senza friggerlo per non ridurne i benefici). A tale scopo si è realizzata la sinergia tra il mondo sanitario e quello dell'associazionismo per lo sviluppo del territorio, al fine di mantenere agevole l'acquisto da parte dei consumatori e garantire un introito ai fornitori. L'iniziativa si basa sulla riscoperta del pesce azzurro (**prodotto**) che, grazie alla ricchezza degli acidi grassi polinsaturi omega-3 presenti nelle sue carni, svolge un'importante azione preventiva, soprattutto nel contrasto alle aritmie cardiache. Ricorrendo anche alle altre leve del marketing sociale, i promotori hanno provato a rendere sempre più consapevole la collettività dell'importanza del consumo di questi alimenti. Il tutto, naturalmente, con un potenziale impatto sull'economia turistica e produttiva del territorio.

**Consumabile. Impariamo a stare al mondo.** Campagna, tutt'ora in corso, di sensibilizzazione e promozione, volta all'adozione di stili di vita sani e sostenibili e di consumi consapevoli, coordinata dalla Regione Emilia-Romagna<sup>50</sup> con la collaborazione di numerose realtà associative, istituzionali e volontaristiche. L'iniziativa è stata incentrata sulla promozione della salute e la salvaguardia dell'ambiente attraverso scelte di consumo sicure, salutari, sostenibili e solidali che possono incidere sugli stili di vita di giovani e adulti, attraverso lo stimolo delle loro "abilità" nei diversi campi in cui agiscono, come traduzione

48 Fattori, Artoni 2007.

49 AA.VV. 2010a.

50 Per maggiori dettagli sul progetto si rimanda al sito: [www.er-consumabile.it](http://www.er-consumabile.it)

concreta delle proprie aspirazioni e dei propri valori e principi. Il progetto si contraddistingue per l'efficace **mix di strumenti utilizzati**, l'ampia rete di **partner** coinvolti, la forte **integrazione** tra mondo dell'ambiente e della salute.

**AIDS: cosa sapere... cosa fare.** Progetto del 2007 promosso dalla ASL di Catania con gli studenti della provincia, è stato finalizzato alla prevenzione della diffusione del virus dell'HIV. L'attività è stata condotta attraverso il ricorso ad un insieme di strumenti educativi e informativi, l'utilizzo di **materiali, canali e linguaggi** propri delle nuove generazioni, per contrastare l'opinione che l'AIDS sia ormai un fenomeno poco significativo e che quindi si possa allentare il livello di attenzione. Grazie al coinvolgimento di esperti nel campo della promozione della salute, il progetto ha coinvolto studenti, personale sanitario e istituzione scolastica nell'**analisi e valutazione** di campagne di prevenzione nazionali e regionali realizzate sul tema.

**Scegli la salute.** E' un progetto sperimentale<sup>51</sup> avviato dall'Azienda USL di Modena in collaborazione con un gestore del vending e numerosi partner del territorio, che applica i criteri del marketing sociale per promuovere la salute attraverso i distributori automatici. I distributori (passati in tre anni dai 13 iniziali agli attuali 175) sono posizionati in zone ad alta frequentazione a Modena e provincia, ossia università, AUSL, aree di ristoro, ditte private, per facilitare l'incontro tra consumatori e **prodotto**. L'offerta erogata consiste, per almeno il 25%, di prodotti salutari (macedonie di frutta di IV gamma, succhi con il 70%, o più, di frutta, yogurt, panini freschi di giornata) assieme a quelli tradizionali per garantire una **scelta libera**. Attività di comunicazione sulla salute (video LCD, poster, ecc) nei pressi delle aree in cui sono collocati i distributori, favoriscono la creazione di un contesto favorevole alla salute. Nell'evoluzione del progetto sono state redatte anche specifiche **Linee di indirizzo per i capitolati d'appalto** nel settore, in quanto il momento della gara pubblica rappresenta uno snodo cruciale per poter sostenere l'offerta di alimenti sani anche attraverso il vending.

**Scommetti che smetti? Concorso a premi per diventare non fumatori.** L'iniziativa delle Aziende Sanitarie Modenesi<sup>52</sup>, che coinvolge una vastissima rete di **partner** della provincia, ha consentito negli ultimi anni di favorire l'abbandono della sigaretta da parte dei numerosi partecipanti. Peculiarità del progetto sono **sperimentazione e innovazione** continue di canali e strumenti per invogliare le persone ad intraprendere tale percorso di salute. Le ultime due edizioni, in particolare, si sono contraddistinte per il ricorso a newsletter telematiche, forum online, blog, video interviste e altri strumenti del **Web 2.0** dal forte impatto relazionale, che hanno contribuito al successo del concorso.

È importante sottolineare che le ultime due iniziative riportate si inseriscono nell'ambito del **Programma Territoriale "Comunicazione e promozione della salute" della provincia di Modena**<sup>53</sup>. Tale Programma, realizzato in coerenza con gli obiettivi dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale provinciale, ha come obiettivi favorire una maggiore integrazione tra le attività che i diversi servizi/strutture svolgono nella prevenzione e promozione della salute, e sostenere la condivisione con altri Soggetti della comunità nella diffusione di sani stili di vita. Il marketing sociale è tra le principali strategie utilizzate dal Programma per sostenere scelte salutari.

### All'estero

Regno Unito (Inghilterra e Galles): *Rethinking Crime and Punishment* – programma 2001-2005 per suscitare il dibattito sul modo di trattare gli autori di "crimini minori" e ridurre la popolazione carceraria, giunta a livelli insostenibilmente elevati, senza peggiorare il senso di insicurezza nella popolazione. È stato utilizzato il marketing sociale per indirizzare le **priorità e la pianificazione**, allo scopo di ridurre la percezione del carcere come unico luogo adatto per scontare la pena<sup>54</sup>.

---

51 Fattori, Artoni, Tedeschi 2009.

52 Il sito internet del progetto ( [www.scommettichesmetti.it](http://www.scommettichesmetti.it)) documenta l'iniziativa con ricchezza di dati e informazioni.

53 Per un approfondimento sul Programma "Comunicazione e promozione della salute" modenese, si rimanda al sito [www.ppsmodena.it](http://www.ppsmodena.it)

54 Hastings 2007, case study 1.

Stati Uniti (North Carolina): *The North Carolina BEAUTY (Bringing Education and Understanding to You) and Health Project* - iniziativa che prevede come **partner** fondamentale le estetiste e le operatrici di cosmetica per promuovere la salute attraverso adesivi, *dépliants* e informazioni verbali da fornire alle clienti dei saloni di bellezza e dei parrucchieri<sup>55</sup>. L'attività si basa sul diffondere la conoscenza delle malattie sessualmente trasmissibili proprio nei centri benessere (**distribuzione**) e sul veicolare informazioni sull'ipertensione e l'utilità della mammografia, con attenzione alle donne afro-americane, anche per il contatto solitamente frequente con le clienti. Si noti che il salone di bellezza era, venti anni prima, il campo di azione delle industrie di tabacco che agivano sul desiderio delle donne di conservare la linea.

Madagascar: *Safe Water Saves Lives* - progetto per convincere la popolazione rurale dell'isola africana a non fare uso di acqua piovana e di pozzo per l'alimentazione e, nel caso di necessità, di disinfettarla con un preparato apposito (**prodotto**), il cui uso è notevolmente aumentato tra il 2007 e il 2008 e ha ridotto la mortalità per dissenteria tra i bambini<sup>56</sup>.

Canada: *Canadian Heritage March 21 Anti-Racism programme* – iniziativa governativa per ridurre il razzismo nel paese ed eliminare ogni discriminazione basata sull'etnia<sup>57</sup>, utilizzando parzialmente i principi del marketing sociale e provando a coinvolgere in particolare un segmento “ostico”, i giovani.

Australia: *Mentally Healthy WA Act-Belong-Commit Campaign* - programma per promuovere la salute mentale tra la popolazione rurale dell'Australia occidentale, che ha coinvolto **partner** e **stakeholder**. Il punto focale è l'A-B-C (*Act-Belong-Commit*, un questionario sulle attività quotidiane) per delineare come viene percepita la propria salute mentale e aumentare la consapevolezza di quel che si può fare per conservarla; ciò influisce su consumo di alcolici e droghe, incidenti stradali, violenza domestica, decadimento fisico, suicidi<sup>58</sup>.

#### 4. Il futuro

Qual è l'orizzonte di riferimento? Come valorizzare le opportunità del marketing sociale?

In primo luogo è indicativo che della disciplina, in Italia, si cominci a parlare all'interno di **documenti** e fonti ufficiali, pur con tutte le diverse sfumature che contraddistinguono approcci ancora “timidi”. Nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione **Emilia-Romagna**, il marketing sociale è “inteso come partnership tra strutture sanitarie o sociali e altri soggetti, pubblici e privati, nel sostegno alla diffusione di informazioni e orientamenti utili alla salute”<sup>59</sup>, evidenziando l'approccio intersettoriale. Il Piano Sanitario 2009-2011 della Regione **Umbria** prevede di “attuare nel corso del triennio almeno una nuova campagna di educazione alimentare e marketing sociale per incoraggiare l'adozione di stili di vita salutari e informare il pubblico sui rischi per la salute associati al soprappeso”<sup>60</sup>. Nel portale della Regione **Lombardia** dedicato alla promozione della salute è evidenziato che “la comunicazione per la salute e il marketing sociale rappresentano due aspetti essenziali nel sostenere l'adozione di stili di vita sani e nel potenziare la capacità degli individui di prendere decisioni favorevoli alla salute”<sup>61</sup>.

Certo non è ancora una virata decisa su una disciplina come quella dei già citati Centers for Disease Control and Prevention (**CDC**) di Atlanta, che hanno creato il National Center for Health Marketing con la mission di proteggere e promuovere la salute favorendo il raggiungimento degli obiettivi attraverso programmi, prodotti

---

55 Linnan, Kim, Wasilewski, Lee Yang-Solomon 2001.

56 Honeyman 2009.

57 Hastings 2007, case study 12.

58 Hastings 2007, case study 17.

59 Piano sociale e sanitario 2008-2010, Deliberazione dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 175 del 22 maggio 2008, pubblicata sul *Bollettino Ufficiale* della Regione Emilia-Romagna n. 92 del 3 giugno 2008. Parte V, Capitolo 3, “Comunicazione e partecipazione”, p. 186.

60 Piano Sanitario 2009-2011 della Regione Umbria, approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 298 del 28 aprile 2009 e pubblicato nel Supplemento straordinario al *Bollettino Ufficiale* - serie generale - n. 25 del 3 giugno 2009. Parte Terza, “Linee Strategiche”, p. 8.

61 Portale “Promozione della salute in Lombardia. Conoscenze, metodologie, esperienze e risorse per lo sviluppo di politiche integrate”. Accessibile da: <http://www.regione.lombardia.it> (visitato il 20 luglio 2010)

e servizi innovativi di health marketing che siano incentrati sui destinatari, ad alto impatto e fondati sull'evidenza scientifica. Né siamo nell'ambito del **National Social Marketing Center** inglese, che è realizzato in collaborazione tra il Department of Health e il National Consumer Council (che rappresenta i consumatori) per sviluppare una strategia nazionale di marketing sociale per la salute. Ma è già un ottimo inizio.

Altrettanto interessante, tornando nel panorama nazionale, è l'attenzione dedicata al marketing sociale in ambito formativo, soprattutto a livello universitario. Interesse alla materia emerge nei corsi di diversi atenei italiani. L'**Università di Bologna**, ad esempio, propone da alcuni anni nell'ambito dell'attuale Corso di Laurea Magistrale in **Scienze della comunicazione pubblica e sociale** un Laboratorio e/o un Corso sulla disciplina, orientando gli studenti a tenere in considerazione le opportunità che essa offre nel promuovere la salute. Regioni e Aziende Sanitarie, inoltre, hanno organizzato numerosi eventi formativi per consentire di conoscerne la definizione, le leve, gli sviluppi.

È possibile caratterizzare un peculiare campo scientifico solo attraverso una adeguata attività di studio. Anche con questo obiettivo è nata l'**Associazione di promozione sociale "Marketing sociale e comunicazione per la salute"**<sup>62</sup>, da diversi anni luogo di aggregazione, ricerca e sperimentazione per quanti hanno individuato nella disciplina una risorsa strategica. Uno spirito simile soggiace all'area "Focus sul marketing sociale" del Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (**DoRS**) della Regione Piemonte<sup>63</sup>, interessante fonte su casi studio e sulla relativa letteratura. [Ndr: si veda in proposito il capitolo curato da DoRS]

Occorrono, naturalmente, delle esperienze concrete cui fare riferimento: il **Concorso "Marketing per la Salute"**, organizzato dall'Azienda USL di Modena in collaborazione con l'Associazione "Comunicazione Pubblica" e numerosi altri partner nazionali, fin dal 2004 ha premiato iniziative e progetti di applicazione del marketing sociale in Italia.

Indirizzi legislativi, formazione, studio e ricerca, sperimentazione: questi elementi concorrono alla definizione di una professione che sta dunque trovando una propria collocazione e un proprio ambito di riconoscimento. A livello internazionale la spinta propulsiva del **portale "Social marketers"**<sup>64</sup> può essere considerata un riferimento per incrementare consapevolezza, conoscenza e sviluppo di una comunità di pratica sempre più "presente" nel contribuire al benessere individuale e collettivo.

L'ambito di riferimento rimane, infatti, come ampiamente motivato, quello della **promozione della salute**: "una politica di promozione della salute deve saper articolare quanto è richiesto, in termini di sistemi, infrastrutture, istituzioni, risorse e competenze, al fine di stimolare un'azione collettiva efficace in grado di concretizzare una politica pubblica favorevole alla salute"<sup>65</sup>. Questo approccio, che prevede la partnership di diversi settori da coinvolgere in un sistema globale, che non siano soltanto quelli inerenti la salute in senso stretto, ma anche gli enti preposti alle politiche ambientali, abitative, dei trasporti e del commercio, dell'istruzione etc., delinea con chiarezza un percorso coerente e condiviso per il marketing sociale.

---

62 Per maggiori informazioni: [www.marketingsociale.net](http://www.marketingsociale.net) (visitato il 20 luglio 2010)

63 Accessibile all'indirizzo: [www.dors.it/marketing\\_sociale](http://www.dors.it/marketing_sociale) (visitato il 20 luglio 2010)

64 Vedi il sito: <http://www.socialmarketers.net> (visitato il 20 luglio 2010)

65 AAVV 2008, p. 2.

## Bibliografia

- AA.VV.**, *Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England*, 2010. Disponibile online sul sito: <http://www.marmotreview.org.uk> (visitato il 16 luglio 2010)
- AA.VV.**, *Il pesce azzurro che cambia i comportamenti*, 2010a. Disponibile online sul sito: <http://www.partecipasalute.it> (visitato il 16 luglio 2010)
- AA.VV.**, *Delineare il futuro della promozione della salute: le priorità per l'azione*, IUHPE. Traduzione italiana a cura di DoRS Piemonte, 2008
- BRODIE M.** et al., "Communicating Health Information Through The Entertainment Media", *The journal Health Affairs*, January/February 2001, pp192-199.
- CARROZZI G, FATTORI G.**, "La documentazione tecnica per le scelte di priorità: i Profili di salute", in *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute*, a cura di M Biocca, FrancoAngeli, 2006, pp 208-217.
- CERSOSIMO G.**, *La costruzione della salute*, Clueb, Bologna 2005.
- COSTA G.** et al. "Le diseguaglianze nella salute e il Piano Sanitario", *Epidemiologia & Prevenzione* 1999; vol. 23: p. 133-140.
- 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.
- DAGHIO MM, FATTORI G, CIARDULLO A.**, "Evaluation of easy-to-read information material on healthy life-styles written with the help of citizens' collaboration through networking", in *Promotion & Education* XIII n 3, 2006, pp 191-196.
- DIEM SJ, LANTOS JD, TULSKY JA.** Cardiopulmonary resuscitation on television. Miracles and misinformation. *N Engl J Med.* 1996 Jun 13;334(24):1578-82.
- DOUGLAS EVANS W., HASTING G.** (a cura di), *Public Health Branding. Applying marketing for social change*, N.Y, Oxford University Press, 2008.
- FATTORI G, FRENCH J, BLAIR-STEVENSON C.**, *Guida operativa al marketing sociale*, Artestampa, Modena, 2009.
- FATTORI G.**, "Sperimentare il marketing sociale per promuovere la salute", in *Comunicazione pubblica*, anno XIV, nov.dic 2005, n 94, pp 33-35.
- FATTORI G, ARTONI P.**, "Marketing sociale per la prevenzione e la promozione della salute", in Marino V, Serpelloni G. (a cura di), *Marketing Preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe*, Varese, Dipartimento delle Dipendenze ASL di Varese, Galli 2007: pp. 143-155.
- FATTORI G, ARTONI P, GIULIANO S, DAGHIO MM, CAROBBI M.**, "Knowing is Better: Exercises of Preventive Medicine. A social marketing project for diseases' prevention at Modena Philosophy Festival", poster per la *Prima Conferenza Mondiale sul Marketing Sociale*, Brighton (UK), 29-30 settembre 2008.
- FATTORI G, ARTONI P, TEDESCHI M.**, "Choose Health in Food Vending Machines: Obesity Prevention and Healthy Lifestyle Promotion in Italy" in Cheng, Kotler, Lee, *Social Marketing for Public Health – Global trends and success stories*, Jones and Bartlett, 2009, pp 149-170.
- FATTORI G; ARTONI P.**, "Comunicare la salute all'interno dei centri commerciali: l'esperienza a "I Portali", in *Comunicazione pubblica* a cura di E Gabardi, FrancoAngeli 2005, pp 39-58.
- FRENCH J.**, "The case for social marketing", in *Social Marketing and public Health – Theory and Practice*, a cura di French-Blair Stevens-McVey-Merritt, Oxford, 2010, pp 1-15.
- FRENCH J., BLAIR-STEVENSON C., MC VEY D., MERRITT R.**, *Social marketing and public health. Theory and practice*, Oxford, Oxford University Press, 2010.
- FREIRE P.** *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press, National Center on Adult Literacy, 1970
- GADOTTI G.** (a cura di), *La comunicazione sociale*, Milano, Arcipelago Edizioni, 2001.

- GOLDMAN K.D., SHMALZ K.J.**, “Being well-connected: starting and maintaining successful partnership” *Health Promotion Practice* 2008, vol. 9 (1): pp: 5-8.
- GOODSTADT M.**, “Integration of Health Promotion Practice”, Un. Toronto, 2007.
- GOODSTADT M.**, “The Use of Logic Models in Health Promotion Practice”, feb 2005.
- GRIFFITHS J, BLAIR-STEVENSON C, THORPE A.**, *Social marketing for health and specialised health promotion. A paper for debate*, First World Social Marketing Conference, Brighton, 2008.
- HALDEMAN T., WARISSE TURNER J.**, "Implementing a Community-Based Social Marketing Program to Increase Recycling", *SMQ* 2009, 15(3): 114-127.
- HASTINGS G.**, *Social Marketing: why should the Devil have all the best tunes?*, Oxford, Elsevier 2007.
- HONEYMAN S. W.**, “Safe Water Safe Lives”, in Cheng, Kotler, Lee, *Social Marketing for Public Health – Global trends and success stories*, Jones and Bartlett, 2009, pp 223-247.
- KOTLER P., LEE N.**, *Up and Out of Poverty: The Social Marketing Solution*, Wharton School Publishing, 2009.
- KOTLER P, ROBERTO N, LEE N.**, *Social Marketing - Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks (California), Sage Publications, 2002 (second edition).
- KOTLER P.**, *Il marketing secondo Kotler. Come creare, sviluppare e dominare i mercati*, Milano, Il Sole 24 ORE, 1999.
- LAGARDE F.** “Worksheets to introduce some basic concepts of social marketing practices”, *Social Marketing Quarterly*, 2004; 1: 36-41.
- LALLI P.**, “Comunicazione sociale: tracce di un itinerario”, in Carla Bertolo (a cura di), *Comunicazioni sociali. Ambiguità, nodi e prospettive*, Padova, CLEUP, 2008.
- LEISEROWITZ A., MAIBACH E.W., ROSER-RENOUF C.**, *Global Warming’s “Six Americans”. An Audience Segmentation*, George Mason University, 2009.
- LEE N, KOTLER P.**, *Social Marketing, Quick Reference Guide*, 2008.
- LINDSTROM M.**, *Neuromarketing. Attività cerebrale e comportamenti d’acquisto*, Milano, Apogeo, 2009.
- LINNAN, FERGUSON**, “Beauty Salons: A Promising Health Promotion Setting for reaching and Promoting Health Among African American Women”, in *Health Educ Behav* 2007.
- LINNAN, KIM, WASILEWSKI, LEE, YANG, SOLOMON**, “Working with Licensed Cosmetologists to promote Health: results from the North Carolina BEAUTY and Health Pilot Study”, 2001.
- MAIBACH E.**, “Climate change: marketing and communication's greatest challenge (and opportunity)”, *National Social Marketing Conference*, 2007.
- MAIBACH E, ABROMS LC, MAROSITS M.**, “Communication and marketing as tools to cultivate the public's health: a proposed ‘people and places’ framework”, in *BMC Public Health* 2007, 7:88.
- 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.
- MAIBACH E., ROTHSCCHILD 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.
- MCALISTER A. et al.**, “Theory and Action for Health Promotion: Illustrations from the North Karelia Project”, *American Journal of Public Health* 1982; 72:43-50.
- MC CORMACK, BROWN**, “Defining the Product in a Social Marketing Effort”, *Health Promotion Practice* 2006; 7 (4): 384-387.

- MERRITT R. , CHRISTOPOULOS A. , THORPE A.**, “Where Are All the Products? Are We Really Doing Social Marketing or Are We Doing Social Sales?”, *Social Marketing Quarterly* 2009; XV (2): 5-13
- NEIGER B. L. , THACKERAY R. , BARNES M. D. , MCKENZIE J. F. ,** "Positioning social marketing as a planning process for health education", *American Journal of Health Studies* 2003; 18 (2-3): 75-81.
- NUTBEAM D.**, “Evaluating health promotion-progress, problems and solutions, in *Health Promotion International*, 1988.
- ONG D, THORPE A, MERRITT R.**, “E-Supplement-world Social Marketing Conference 2008: Where is our Coke?” in *Public Health* 123 2009.
- RAGAZZONI P. et al.**, *Modelli socio-cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: Rassegna e analisi critica*, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della salute DoRS Regione Piemonte, 2009 (disponibile on-line sul sito dors.it)
- RAPITI E. et. al.**, “Diseguaglianze socioeconomiche nell’efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio”, *Epidemiologia & Prevenzione* 1999; vol. 23: p. 153-160.
- RIES A., TROUT J.**, *Positioning: The Battle For Your Mind*, Warner Books, 1992.
- 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: pp 24-37.
- SEPPILLI A.**, *La rivoluzione della salute : un impegno trentennale* (a cura di Graziella Medici), Roma, Il Pensiero scientifico, 1985.
- SHAHAB L., MCEWEN A.**, “Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature”, *Addiction* 2009, vol. 104 (11): pp. 1792-1804.
- SHIRCORE R.**, *Guide for World Class Commissioners Promoting Health and Well-Being: Reducing Inequalities*, 2009. Disponibile online su: [www.rsph.org.uk](http://www.rsph.org.uk) (visitato il 16 luglio 2010).
- SMITH B.**, “The Power of the Product P, or Why Toothpaste is So Important to Behavior Change”, in *Social Marketing Quarterly*, 15: 1,98-106, 2009.
- 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.
- TAMBORINI S.**, *Marketing e comunicazione sociale*, Milano, Lupetti, 1996.
- THACKERAY R., NEIGER B.L., HANSON C.L.**, “Developing a Promotional Strategy: Important questions for Social Marketing” in *Health Promotion Practice*, vol.8, October 2007, pp: 332-336.
- THACKERAY R., NEIGER B.L., HANSON C.L, MACKENZIE J.F.**, “Enhancing promotional strategies within social marketing programs: use of Web 2.0 social media” in *Health Promotion Practice*, October 2008, pp: 338-343.
- THOMAS J.**, “Happily Ever After...? Partnership in Social Marketing”, *Social Marketing Quarterly* 2008, vol. 14 (1): 72-75.
- VANNONI F. et al.**, “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.
- VARTIAINEN E. et al.**, “Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland”, *International Journal of Epidemiology* 2009; 1 (15).
- WILKINSON R., PICKETt K.**, *La misura dell'anima Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici*, Milano, Feltrinelli, 2009.