

Quale contributo può dare il marketing sociale nel ridurre gli effetti sulla SALUTE provocati dalle DISUGUAGLIANZE SOCIO-ECONOMICHE?

Salute: tale concetto ha subito la metamorfosi che il tempo e il progredire degli studi impongono. Si è così passati da intendere la salute come *assenza di malattia* alla definizione corrente nella quale essa è intesa come "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*".¹
A tale proposito il contesto socio-economico e quello culturale diventano fattori responsabili della salute.

I determinanti di salute²

L'organizzazione mondiale della Sanità, annovera tra i determinanti di salute tre gruppi principali:

- il contesto sociale ed economico

- le caratteristiche fisiche dell' ambiente di vita
- le caratteristiche individuali e i comportamenti adottati.

Essi comprendono: reddito e status dell'individuo, livello d'istruzione, condizioni dell'ambiente circostante, occupazione e condizioni lavorative, contesto sociale, genetica, comportamenti individuali.

È importante sottolineare che poichè i comportamenti individuali, lo stile di vita di ognuno e la genetica influiscono solo per il 60% sul gradiente di salute, è necessario occuparsi di quel 40% costituito dalla struttura del rapporto sociale, dal contesto ambientale, dalle condizioni lavorative e dai fattori psicologici.

L' impatto delle disuguaglianze socio economiche sullo stato di benessere degli individui e sulla loro conseguente aspettative di vita è stato ampiamente documentato.³

Trattare il suddetto tema implica analizzare le disuguaglianze tra paesi e all'interno degli stessi.

Disuguaglianze non è sinonimo di terzo mondo. L'esempio degli Stati Uniti dimostra come crescita economica non significhi immediatamente benessere se non segue una redistribuzione equa delle risorse. (si sarebbe potuta evitare la morte 886 202 persone tra il 1991 e il 2000 se il tasso di mortalità tra bianchi e afroamericani fosse parificato). A conferma di ciò alcuni paesi a basso reddito come Cuba, Costa Rica, Sri Lanka hanno raggiunto livelli di buona salute nonostante il reddito nazionale fosse relativamente basso.⁴

Per quanto riguarda le disparità tra paesi, è stato documentato come un individuo nato in un sobborgo di Glasgow, Scozia può aspettarsi che la sua vita sia più breve di 28 anni rispetto a un suo coetaneo nato a 13 km di distanza. E ancora, se la mortalità infantile in Islanda fosse la stessa che in tutto il mondo, solamente due bambini su mille morirebbero.⁵

"...a majority of people in the world do not enjoy the good health that is biologically possible. Daily life conditions, themselves the result of these structural drivers, together constitute the social determinants of health.[...] Reducing health inequalities is an ethical imperative."⁶

¹ Raineri C., Martino A., *Determinanti di salute e disuguaglianze*, 2007-2008

² <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html>

³ Heath I., *Crocodile tears for health inequality*, BMJ 2010;340: c2970

⁴ World Health Organization (2008), *World health report 2008*, Geneva, World Health Organization

⁵ World Health Organization,, [Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health](#). Geneva, World Health Organization, 2008.

⁶ ibidem

"(The) toxic combination of bad policies, economics, and politics is, in large measure responsible for the fact that a majority of people in the world do not enjoy the good health that is biologically possible," la Commissione scrive in *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. "Social injustice is killing people on a grand scale."

Da circa 170 anni numerose ricerche hanno documentato le disparità sociali nella salute ma la grandezza del resoconto redatto dall' Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2008 sta nel fatto che per la prima volta si è tracciato con chiarezza il nesso di causalità tra povertà del contesto socio culturale ed economico e effetti sulla salute. È stato delineato un quadro di deprivazione economica e sociale che rende impossibile non riconoscere l'importanza di una redistribuzione delle risorse, dell'assistenza sanitaria e delle dirette conseguenze materiali e sociale della povertà sulla salute di ogni individuo.

Dunque, riconosciuto il fatto che la povertà, l'oppressione, lo sfruttamento e le ingiustizie danneggiano la salute, è necessario chiedersi cosa deve essere fatto.

Quale può/ deve essere il contributo del marketing sociale?

Case study: Increasing Coverage and Decreasing Inequity in Insecticide-Treated Bed Net Use among Rural Kenyan Children (2007)⁷

Background :la malaria è una delle malattie mortali più diffuse. Ogni anno muoiono più di due milioni di persone e la maggior parte di questi sono bambini, in Africa.

La trasmissione della malattia avviene attraverso la puntura di un tipo di zanzara che colpisce quasi esclusivamente di notte.

Per questo motivo, dormire sotto una zanzariera appositamente trattata con insetticida non tossici per l'uomo, può ridurre i decessi di circa il 17 %.

La diffusione di tali zanzariere rimane però assai scarsa.

A tale proposito l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto di creare "ambienti autorizzati" che dessero la possibilità ai paesi maggiormente colpiti di procurarsi le zanzariere trattate (ITNs) .

Gli approcci suggeriti dall'Organizzazione si inseriscono nella logica degli interventi di marketing sociale. Essi constano di: costruzione di mercati no-profit in cui vendere le zanzariere, la distribuzione delle stesse attraverso cliniche ospedaliere e, infine, la realizzazione di campagne per i vaccini anti-malaria a cui si aggiunge l'offerta gratuita di zanzariere.

Marketing analitico e strategico: Nel 2000 il Ministero della salute del Kenya con i suoi partners (Uk Department for International Development-DFID-, Malaria Public Health and Epidemiology Group, Olyset, Population Services International-PSI-) redige un piano riguardante la distribuzione di zanzariere per aumentare del 60% la copertura della popolazione a rischio entro il 2006. I destinatari del piano sono i bambini 0-4 anni di 4 distretti del Kenya per un totale di 72 comunità.

Tali distretti coincidono con le zone maggiormente colpite dalla malaria. Il 70% delle comunità nelle zone rurali di ognuno dei quattro distretti scelti vive sotto il valore della soglia di povertà (equivalente a un dollaro al giorno), rispetto alla media nazionale del 54%.

Marketing operativo: la distribuzione delle zanzariere si è svolta in tre fasi distinte che hanno riportato risultati differenti.

Il progetto PSI Coverage plus, finanziato dal DFID e portato avanti da PSI tra il 2002-2004, ha avuto lo scopo di creare una "cultura delle zanzariere", di diminuire il costo di esse sul mercato e aumentare la volontà del singolo di spendere i soldi per il loro acquisto.

Nel giugno 2004 il DFID stanziava nuovi fondi per PSI affinché si affianchi una distribuzione parallela di zanzariere altamente sovvenzionate per i bambini e le mamme incinta presso le cliniche per la salute dei bambini e delle mamme (Maternal and Child Health Clinics).

⁷ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949846/>

Nel 2006, in due fasi distinte, attraverso una raccolta fondi promossa dal Ministero per la Salute, vengono distribuite zanzariere gratuite presso i centri di vaccino. I precedenti due approcci di distribuzioni rimangono attivi e funzionano in parallelo.

Risultati: nel 2004/2005, quando la fonte per procurarsi le zanzariere erano i mercati ed era perciò necessario acquistarle, solo il 7.1% dei bambini aveva dormito coperto dalla zanzariera la notte prima del sondaggio.

Alla fine del 2005, con l'espansione della distribuzione di zanzariere sovvenzionate attraverso le cliniche, la copertura è salita al 23%.

Alla fine dell'anno successivo, grazie alla distribuzione di massa di zanzariere gratuite unite alle campagne di sensibilizzazione, il 67% di bambini dichiara di utilizzare una zanzariera durante il sonno.

Oltre all'aumentare della diffusione di zanzariere, dopo ogni differente approccio nella distribuzione, diminuiscono gli effetti provocati dalle disuguaglianze socio-economiche sulla distribuzione delle stesse: nel 2004 (più poveri 2.9% mentre i meno poveri 37.9%); 2005 (più poveri 17.5% mentre i meno poveri 37.9%); 2006 (più poveri 66.3% mentre i meno poveri 66.6%).

Ne consegue che la distribuzione di massa ha ottenuto grandi risultati anche tra i più poveri, quella attraverso le cliniche è stata parzialmente in favore dei meno poveri e la vendita sul mercato è stata nettamente discriminante per i più poveri.

Discussione: sebbene i dati mostrino con evidenza come la distribuzione di zanzariere gratuite abbia innalzato drammaticamente il numero di bambini coperti da una zanzariera durante le notti e abbia ridotto a zero l'indice di disuguaglianza tra più e meno poveri, non si tratta di scegliere un approccio di distribuzione rispetto a un altro ma di valutare costantemente come la sinergia di essi possa avere un'azione efficace non discriminatoria.

Case Study 2: The impact and process of a community-led intervention on reducing environmental inequalities related to physical activity and health eating-a pilot study. (2011)⁸

Background: C'è una stretta correlazione tra il livello di urbanizzazione e lo stato di salute. L'ambiente nel quale viviamo si sta modificando incoraggiando gli individui a svolgere meno attività fisica e a consumare quantità di cibo superiori al fabbisogno quotidiano. Alcune ricerche hanno individuato particolari caratteristiche ambientali che hanno effetti sulla salute: pianificazione urbana, accesso a zone verdi, piste ciclabili, accesso ai fast food, fornitura di servizi come assistenza sanitaria e accesso ai sistemi educativi. All'approccio che vedeva l'obesità solo come una diretta conseguenza del comportamento individuale si stanno affiancando ricerche che, confermando la molteplicità di fattori che hanno ripercussioni sulla salute, focalizzano la propria attenzione sui determinanti ambientali: individui che vivono in località segnate da disuguaglianze sociali, economiche e infrastrutturali godono di uno stato di salute peggiore.

Marketing analitico: le comunità interessate al programma sono state selezionate in quanto in una situazione di svantaggio rispetto alle altre zone del comune a causa di una urbanizzazione carente in termini di salute: lontananza da palestre e aree verdi, mancanza di servizi, carenza di piste ciclabili e pedonali, maggiore densità di popolazione, traffico, criminalità, cattiva qualità dei supermercati.

Marketing strategico: “*My health matters*” è un programma della durata di tre anni, promosso da Stoke on Trent Primary Care Trust congiuntamente ai locali azionisti nella sanità (Local Strategic Partnership, Stoke-on-Trent City Council, WHO Healty City, Third Sector Organization), con lo scopo di apportare un miglioramento della salute per i cittadini dei quartieri più svantaggiati della città di Stoke-on-Trent, UK. La particolarità del programma consiste nel fatto che gli interventi, aventi lo scopo di modificare quelle barriere che impediscono una vita salutare, sono stati condotti

⁸ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21910896>

seguendo le priorità e le decisioni degli stessi cittadini; sono considerati tali tutti gli adulti con più di 16 anni.

Marketing strategico: il programma consiste di più fasi: un questionario ha valutato lo stato di salute soggettivo percepito, le caratteristiche ambientali che riducono la possibilità di svolgere attività fisica, il consumo di frutta e verdura e la frequenza con cui si svolge attività fisica; attraverso gruppi di lavoro sono state decise le priorità che avrebbero contribuito al miglioramento della salute dei cittadini; all'interno della stessa popolazione si sono trovati partner che collaborassero all'attuazione dei cambiamenti.

Risultati: dopo 3 anni si è misurato un aumento del 10 % del numero di cittadini che svolgono attività fisica, passando dal 7.5% al 17.5%. Tale miglioramento si è avuto sia tra coloro che già la svolgevano, innalzando il livello a quello raccomandato per aver benefici in termini di salute, sia tra coloro che inizialmente non ne facevano e che sono passati a far dell'esercizio fisico regolare.

Accanto a questo, l'alimentazione dei cittadini è mutata positivamente con un aumento consistente nell'acquisto di frutta e verdura.

Discussione: il progetto ha dimostrato empiricamente come molti dei determinanti della salute siano oltre il controllo dell'individuo e dell'assistenza sanitaria e ha portato alla luce come disuguaglianze economiche si traducano in carenze infrastrutturali e di conseguenza in cattiva salute. Coloro che vivono in aree svantaggiate spesso hanno difficoltà ad accedere ai servizi di assistenza sanitaria e di conseguenza hanno meno probabilità di vedersi diagnosticare una malattia in tempi utili. Inoltre tali zone sono spesso lontane da aree verdi, da palestre e da luoghi in cui si vende cibo fresco.

Si deduce con evidenza che è necessario sviluppare progetti che mirino a modificare l'ambiente in cui soggetti vivono.

Case study 3: Evaluation of a social marketing intervention promoting oral rehydration salts in Burundi (2010)⁹

Marketing analitico: secondo i dati raccolti per il Ministero della Sanità in Burundi la dissenteria è la terza causa di morte per i bambini sotto i 5 anni.

Una ricerca¹⁰ condotta nel 2005 ha documentato che il 20.6% dei bambini minori di 5 anni ha avuto un episodio di dissenteria durante le due settimane precedenti il sondaggio. Tuttavia le madri attribuiscono la malattia all'esposizione al freddo dei denti, alla cattiva qualità del latte, al consumo di dolci o di cibo crudo o ai poteri di forze soprannaturali. Altre credono che la dissenteria sia un fenomeno naturale o qualcosa di poco grave a meno che non notino sintomi gravi come la febbre.

In realtà, la maggior parte delle morti per dissenteria è dovuta alla disidratazione come risultato della perdita di liquidi. Essa dovrebbe essere curata tramite la somministrazione di soluzioni dolci e ricche di sali attraverso preparati casalinghi e prodotti in commercio (oral rehydration salts-ORS). The World Health Organization suggerisce l'uso di ORS per i bambini minori di 5 anni come prima cura alla dissenteria accanto al quotidiano approvvigionamento di cibo e liquidi. Tuttavia, sebbene una ricerca del 1992 dimostri come il 90% della popolazione avrebbe potenzialmente accesso alla soluzione salina ORS, la realtà è che meno di un terzo ne fa uso.

Marketing strategico. La campagna di marketing sociale è stata guidata da PSI¹¹, in partnership con la compagnia farmaceutica FDC Limited, produttrice del prodotto ORASEL, una soluzione salina

⁹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3062608/>

¹⁰ Ricerca con Multiple Indicator Cluster Survey.

¹¹ PSI is a leading global health organization with programs targeting malaria, child survival, HIV, reproductive health and non-communicable disease. Working in partnership within the public and private sectors, and harnessing the

già preparata. L'obiettivo del programma è stato quello di influenzare e cambiare i comportamenti che hanno un effetto sulla salute e in particolare quelli delle madri con almeno un figlio avente meno di 5 anni. L'effettività del programma non si è misurato nei termini di una riduzione delle morti a causa della dissenteria, bensì nell'attenzione data a come la percezione del prodotto ORASEL variava e a come, parallelamente, migliorava la vita degli individui a rischio.

Marketing operativo: la campagna per promuovere ORESEL ha avuto come primo step, nel 2006, la modifica del prodotto, cambiando il sapore della soluzione e facendola diventare al gusto di arancia, poiché una ricerca sul campo aveva documentato che i bambini minori di cinque anni non amavano il sapore precedente di ORASEL. Il prezzo del prodotto è stato tenuto costante per tutta la campagna.

Il programma ha poi utilizzato mass media e attività di comunicazione interpersonale in aree rurali e urbane per promuovere ORASEL. Sono stati trasmessi quattro spot radiofonici: due promuovevano ORASEL e due trattavano le cause e gli effetti della dissenteria e in particolar modo la pericolosità della stessa per i bambini minori di cinque anni. Dopo il lancio del nuovo prodotto all'arancia è stato aggiunto un nuovo spot.

Come complemento alla campagna radiofonica, sono state portate avanti attività educative nelle scuole e negli ospedali. Inoltre 1914 soggetti attivi nel settore della sanità (infermieri, venditori, farmacisti, ...) sono stati sottoposti a corsi per spronarli a consigliare e vendere il prodotto.

Gadget quali posters, brochures, magliette penne e adesivi sono stati distribuiti in ogni centro nel quale si sono tenute le attività. Queste ultime furono intensificate dopo il lancio del nuovo prodotto all'arancia.

Risultati: prima del lancio del programma è stato distribuito un questionario per individuare concretamente le madri di almeno un figlio avente meno di cinque anni. Individuato il target che aderiva al criterio, esse sono state poi sottoposte a un questionario dopo la campagna di marketing.

Tra i 16 determinanti comportamentali che PSI ha individuato come rilevanti per misurare l'uso di una terapia di reidratazione salina ha voluto prenderne in considerazione dieci: possibilità percepita di procurarsi il prodotto ORASEL, fascino del brand, conoscenza della malattia e delle relative cure, supporto sociale nella cura della malattia, capacità di preparare ORASEL e di somministrarlo adeguatamente, intenzione di usare ORASEL nel trattamento della dissenteria in bambini minori di 5 anni, luoghi in cui diagnosticare la malattia, risultati attesi dall'uso di ORASEL, conoscenza della gravità del problema, volontà di pagare il prodotto.

I risultati misurati in termini di cambiamento di comportamento e variazione delle suddette variabili sono stati misurati comparandoli con il grado di "esposizione" delle madri alla campagna.

Alla fine della campagna il 30% delle madri dichiarava di aver utilizzato ORASEL durante l'ultimo episodio di dissenteria del figlio, contro il 20% dell'anno precedente. Inoltre, a un alto tasso di esposizione alla campagna di marketing si è accompagnato un uso maggiore del prodotto, una maggiore percezione riguardo la possibilità di procurarselo, una conoscenza più attenta circa i sintomi della dissenteria e i suoi rischi connessi alla disidratazione e un miglioramento della capacità di preparare ORASEL.

Discussione: la campagna ha dimostrato la stretta connessione tra esposizione alla campagna di marketing e uso del prodotto. Essa ha reso la popolazione consapevole, ha incoraggiato il dibattito circa il prodotto aumentandone la fiducia e la conoscenza.

La responsabilità di questa campagna non è stata pubblica ma di enti privati e si è promosso un prodotto con un brand specifico. Tuttavia, a mio parere, credo che la campagna sia di marketing

sociale e non commerciale in quanto il fine ultimo è stato quello di cambiare quei comportamenti che avevano un effetto negativo sulla salute della popolazione in esame e non quello di un guadagno.

Case study 4: Opportunities to reduce health inequalities by ‘Health in All Policies’ in the Netherlands: An explorative study on the national level (2011)¹²

Background: in molti paesi occidentali, le persone con un grado di istruzione inferiore hanno una vita più breve e con più malattie; parimenti, coloro che vivono in situazioni di svantaggio socio-economico sono più portate a soffrire di disturbi cronici quali diabete, depressione o obesità.

In Olanda, la speranza di vita di coloro che godono di una situazione socio-economica migliore è superiore di sei o sette anni rispetto a chi ha un basso status socio-economico. A questo proposito il Ministero della Sanità, del Welfare e dello sport cerca di stilare una nuova strategia per ridurre le disuguaglianze in salute attraverso un piano di “health in all policies” (HiAP).

HiAP è una strategia che è stata legittimata dall'Unione Europea nel 2006 come forma di collaborazione intersettoriale tra Ministeri affinché si risolvano i problemi legati alla salute grazie a un approccio non solo di dominio della Pubblica Sanità.

HiAP in Olanda fatica a concretizzarsi e per questo motivo il Ministro della Sanità ha commissionato all'Istituto Nazionale per la pubblica Sanità e l'ambiente di analizzare le possibilità di ridurre le disuguaglianze in salute attraverso un piano HiAP.

HiAP ha avuto la durata di quattro anni. In prima battuta si è fatta una selezione di tutte risoluzioni politiche all'interno e all'esterno della sanità, che avessero l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze nella salute. 7 dei 20 capitoli scritti da differenti ministri sono stati considerati più rilevanti. I sette capitoli comprendono 153 politiche che sono poi state analizzate riguardo il loro impatto su: la posizione socio-economica della popolazione(1); occupazione e miglioramento dell'istruzione di coloro che hanno problemi di salute(2); condizioni di vita e lavorative di coloro che hanno un basso status socio-economico(3); qualità e accesso all'assistenza sanitaria per chi è in una situazione di svantaggio socio-economico(4).

38 politiche delle 153 sono state selezionate come aventi un impatto maggiore sulle disuguaglianze di salute.

Ben 19 risoluzioni politiche hanno avuto un impatto sulla vita quotidiana e lavorativa dei soggetti in difficoltà. Esse contenevano tre macro aree: migliorare l'ambiente in cui vivono i soggetti; migliorare le condizioni sociali di essi; migliorare quelle lavorative; migliorare lo stile di vita quotidiano. Esempi di tali risoluzioni consistono in tentativi di assicurare e promuovere una qualità soddisfacente degli alloggi, di stimolare la partecipazione dei cittadini alle attività sportive per insegnar loro il rispetto reciproco e l'importanza della partecipazione sociale.

15 delle 38 si sono focalizzate sul miglioramento della posizione socio economica degli individui in difficoltà. Analizzando questo gruppo di risoluzioni politiche sono trovati tre macro obiettivi: l'aumento delle possibilità di accedere a un'istruzione per quei bambini provenienti da gruppi con svantaggi socio-economici; l'aumento delle possibilità lavorative per gli adulti degli stessi gruppi; il tentativo di trovare sostegni economici per coloro in difficoltà.

4 risoluzioni hanno cercato di promuovere la partecipazione dei cittadini con problemi di salute al mercato del lavoro e all'istruzione e altre 5 si sono concentrate al miglioramento effettivo dell'assistenza sanitaria per i soggetti con uno status socio-economico basso.

¹² www.elsevier.com/locate/healthpol

La collaborazione tra ministri di differenti ministeri è avvenuta solo per 11 delle suddette 38 strategie. In parte questo fallimento ha sottolineato l'importanza di riformulare un piano HiAP nel quale venisse rinforzato il fatto che politiche in Ministeri esterni a quello della sanità hanno forti conseguenze sulla salute della popolazione. Mantenendo come principio la riduzione delle disuguaglianze nella salute è opportuno migliorare la strategia HiAP sia agendo su tutti i determinanti della salute, sia incrementando la collaborazione tra ministri di diversi ministeri.