

"Gli stili di vita per la prevenzione delle tossicodipendenze"

Progetto finanziato dal Fondo Nazionale d'Intervento per la Lotta alla Droga
Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga

MARKETING PREVENTIVO

Appunti per una nuova prevenzione
al consumo di droghe



A cura di Vincenzo Marino e Giovanni Serpelloni

MARKETING PREVENTIVO

Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe

A cura di

Dott. Vincenzo Marino

Direttore del Dipartimento delle Dipendenze – ASL di Varese

Direttore dell'Osservatorio delle Dipendenze – ASL di Varese

Dott. Giovanni Serpelloni

Direttore del Dipartimento delle Dipendenze – ULSS di Verona

Direttore dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze – Regione Veneto

MARKETING PREVENTIVO

Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe

Organizzazione generale e coordinamento editoriale

Mara Sciorra
Manuel Benedusi
Diana Candio

Gruppo di lavoro

Mara Sciorra, Manuel Benedusi,
Stefano Laffi, Marta Longoni, Diana
Candio, Anna Pompele, Daniela Zusi

Revisione testi

Marta Longoni

Layout grafico

Hagam - EssereInComunicazione

Per informazioni, richieste di copie del volume o approfondimenti:

Dipartimento delle Dipendenze ASL di Varese

Via O. Rossi, 9

21100 VARESE

Tel. 0332 277725 e fax 0332 277437

E-mail: osservatoriodipendenze@asl.varese.it

Pubblicazione “non profit” e non sponsorizzata, realizzata nell’ambito del progetto della provincia di Varese “Gli Stili di vita per la prevenzione delle tossicodipendenze”.

La responsabilità dei dati scientifici e dei contenuti degli articoli è dei singoli autori

Stampata in Italia, febbraio 2007 – Tipografia “Galli e C. s.r.l”, Varese
VIETATA LA VENDITA

PRESENTAZIONE

Il progetto "Gli stili di vita per la prevenzione delle tossicodipendenze", approvato con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali dell'8 febbraio 2002, è un intervento articolato e complesso che, attraverso diverse azioni, si pone l'obiettivo di prevenire fenomeni di avvicinamento all'uso e alla dipendenza delle sostanze, attraverso il miglioramento degli stili di vita. Il suo target privilegiato è costituito dalla fascia dei preadolescenti e degli adolescenti.

Il progetto nasce su proposta della Provincia di Varese, che è anche Ente coordinatore dell'azione progettuale, e vede la collaborazione di diversi soggetti che a diverso titolo e con differente ruolo operano attivamente ed in modo sinergico in tema di prevenzione dell'uso, abuso e dipendenza dalle droghe, con particolare attenzione al contesto locale. Accanto all'Istituto Superiore della Sanità, all'Università dell'Insubria, al Comune di Varese ed al Centro Servizi Amministrativi di Varese, un importante ruolo di consulenza tecnico-scientifica, nonché di progettazione e realizzazione di specifiche azioni è stato svolto, all'interno del progetto, dall'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese, attraverso il competente Dipartimento delle Dipendenze.

Tra le azioni a maggiore valenza sperimentale e innovativa sviluppate dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese, rientra il presente volume, centrato sul Marketing Preventivo. Il grado elevato cui è giunto il consumo di droghe, soprattutto tra gli adolescenti, rende infatti ormai obsoleta l'interpretazione del fenomeno attraverso le categorie della devianza e più calzante l'utilizzo delle categorie proprie delle scienze economiche e psicologiche legate allo studio dei consumi. Il presente lavoro prende dunque forma all'interno del processo di aziendalizzazione dell'Ente Pubblico, volto all'acquisizione degli strumenti di gestione manageriale che possono portare al miglioramento della qualità del servizio offerto e all'implementazione dell'efficacia degli interventi proposti.

Il coinvolgimento di diversi professionisti del settore in questo primo percorso suggerisce quanto sia importante e fondamentale saper lavorare in

rete, evitando sprechi e sovrapposizioni ed ottimizzando le risorse esistenti. Ogni partner ha sviluppato azioni coerenti con la propria mission istituzionale, tra loro comunque collegati ed armonizzati, guidati dall'obiettivo comune di porre al centro di ciascuna attività il cittadino, la persona nella sua interezza, quale "unità" fondamentale della società e prioritario artefice della qualità della propria vita attraverso l'incremento della consapevolezza per giungere all'auto attivazione.

È pertanto con piacere che La Provincia di Varese e l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese presentano questo volume sul Marketing Preventivo, centrato sul connubio tra i concetti di marketing e di prevenzione e, più operativamente, sulle tecniche di marketing che possono essere utilizzate nel mondo della prevenzione. Un manuale pensato con l'obiettivo di essere uno spunto di riflessione capace di portare nuove e concrete modalità capaci di contrastare il mondo della dipendenza.

ASL della Provincia di Varese
Il Direttore Generale
Dott. Pierluigi Zeli

Provincia di Varese
Assessore alle Politiche Sociali
Dott. Rienzo Azzi

INTRODUZIONE

Il presente volume nasce dal proposito di riformulare l'analisi e le strategie di intervento preventivo a partire dagli **elementi di trasformazione** avvenuti nell'universo delle sostanze stupefacenti. Attorno a questi elementi è stata formulata un'idea – attingere dai fondamenti e dalle tecniche di marketing per incrementare l'efficacia della prevenzione – ed è stato chiesto a diversi autori di contribuire alla costruzione di questo nuovo paradigma.

La prima evidenza scientifica intorno al tema è quella epidemiologica: l'esperienza in vita del consumo di una sostanza, legale o illegale, riguarda quote via via crescenti della popolazione. Nel momento in cui si accoglie la distinzione fra **consumo, abuso e dipendenza** ci si rende conto di quanto oggi sia diffusa la prima, mentre le altre rimangono più circoscritte. Il primo capitolo documenta puntualmente il quadro attuale dei consumi per definire con rigore le dimensioni dei fenomeni.

Sui meccanismi che presiedono all'insorgenza delle tossicodipendenze ci si interroga da tempo, **discipline differenti e diverse ipotesi teoriche** si confrontano con le rispettive chiavi interpretative. Nel secondo capitolo le abbiamo volute ricordare, senza dare priorità ad alcuna, certi dell'importanza del contributo congiunto. Ma al contempo è evidente che la prevenzione o dissuasione al consumo di sostanze stupefacenti attuata con tecniche di marketing è più efficace laddove si avverte il minor peso di fattori genetici e il maggior ruolo di condizionamenti sociali, di gruppo e psicologici.

Analogamente si è inteso ripuntualizzare la **grammatica di riferimento**, cioè quella della prevenzione, attraverso la ripresa sistematica dei fondamenti teorici e degli schemi di azione che la letteratura scientifica ha validato come più efficaci, presentati nel capitolo quarto.

Di fronte ad un consumo di massa, si è quindi attinto ad una delle discipline che più si è interrogata su come formulare l'offerta di beni e servizi e come rimodularla nel tempo per seguire i gusti dei consumatori. Da qui l'entrata in scena nella proposta teorica del volume del **marketing**, che più della sanità pubblica parla da sempre la lingua dei desideri, della ricerca

del piacere e delle emozioni da parte delle persone, formulando profili di consumo via via più raffinati. Nel capitolo quinto si interroga il marketing sul suo contributo possibile, ricevendone in cambio prospettive stimolanti di ripensamento dei servizi e degli interventi.

Cosa significa allora **permeare la prevenzione con gli strumenti del marketing**? Vuol dire interrogarsi sui profili di consumo, capirne aspettative e desideri, considerare le droghe come prodotti aderenti a questi schemi e immaginare la prevenzione come generatrice di “prodotti alternativi”, che stiano sul mercato, incontrino i gusti dei consumatori, pur perseguendo obiettivi di salute pubblica. L’analisi di questa prospettiva è presente nei capitoli 5 e 6, mentre in quello successivo si esemplificano prodotti alternativi, realmente sperimentati, in territori diversi.

Desideriamo ringraziare: tutti gli autori che, con i loro articoli, hanno dato valore e concretezza ad una idea iniziale; lo staff editoriale che ha curato tutto il processo di realizzazione del volume e la Provincia di Varese, che ha creduto nel progetto e l’ha reso possibile.

La pluralità delle voci chiamate a ragionare si traduce anche nell’articolazione delle proposte, che a partire da quella comune idea suggeriscono **strade diverse di applicazione**. Questo **volume, generativo e giocoforza incompleto**, intende suggerire una prospettiva di analisi e di intervento e cominciare a creare un database di esperienze che possano aprire una stagione nuova nella prevenzione. Implicito nella sua stesura è l’augurio di buon lavoro a chi vorrà adottarne le idee.

Direttore del
Dipartimento delle Dipendenze
dell’Asl della Provincia di Varese
dott. Vincenzo Marino

Direttore del
Dipartimento delle Dipendenze
dell’ULSS 20 di Verona
dott. Giovanni Serpelloni

AUTORI

Paola Artoni	Sistema Comunicazione e Marketing – Azienda USL di Modena
Manuel Benedusi	Dipartimento delle Dipendenze ASL Provincia di Varese
Gregor Burkhardt	Osservatorio Europeo Droghe e Tossicodipendenze – Lisbona
Mattia Callian	Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Regione Veneto – Progetto START
Diana Candio	Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Regione Veneto – Progetto START
Federico Colombo	Istituto Milanese di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale
Giuseppe Fattori	Direttore Sistema Comunicazione e Marketing Azienda USL Modena, Responsabile Coordinamento Nazionale Marketing Sociale
Stefano Laffi	Dipartimento delle Dipendenze ASL Provincia di Varese
Fabio Mariani	Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche
Vincenzo Marino	Direttore Dipartimento delle Dipendenze ASL Provincia di Varese
Sabrina Molinaro	Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche
Marco Mozzoni	Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20

Verona – Progetto START

Andrea Natella	Direttore creativo di guerrillamarketing.it
Stefano Salvadori	Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche
Giuseppe Sangiorgio	Hagam - esserincomunicazione
Mara Sciorra	Dipartimento delle Dipendenze ASL Provincia di Varese
Valeria Siciliano	Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche
Elisabetta Simeoni	Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Regione Veneto – Progetto START
Giovanni Serpelloni	Direttore Dipartimento delle Dipendenze – ULSS 20 Verona e dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Regione Veneto
Lorenzo Somaini	Ser.T di Cossato – ASL 12 Biella

INDICE

1. La stima dei bisogni: analisi dei fenomeni	13
1.1 Analisi del consumo di sostanze illegali	15
2. Le premesse epistemologiche	39
2.1 Aspetti neurobiologica dell'addiction	41
2.2 Vulnerabilità e addiction	61
2.3 La teoria psicobiologica della personalità secondo Cloninger	71
2.4 Crescere nella società dei consumi	79
2.5 Aspetti cognitivo-comportamentali dell'uso di sostanze	91
3. I principi per la prevenzione delle dipendenze	107
3.1 Finalità ed obiettivi della prevenzione: uno sguardo sull'Europa	109
3.2 Analisi delle linee guida e degli indirizzi internazionali nella prevenzione delle tossicodipendenze	127
4. Dall'ipotesi interpretativa del consumo al marketing no profit	141
4.1 Marketing sociale per la prevenzione e la promozione della salute	143
4.2 Il marketing nei servizi	157
4.3 Il consumo come esperienza	167
5. Tecniche di marketing applicate alla prevenzione in campo sanitario	183
5.1 Marketing e prevenzione dell'uso di droghe	185
6. Advertising e comunicazione	237
6.1 Drogare il consumo di droga	239
6.2 Dalla sponsorizzazione alla partnership: quando profit e non profit condividono obiettivi e strategie di lungo periodo	247
7. Esperienze	267
7.1 Up&Go e Dream On: per un futuro libero dalle droghe: un esempio pratico di un format di prevenzione primaria a favore dei giovani	269
7.2 Quali prodotti alternativi proporre: un'esperienza	299

1

La stima dei bisogni: analisi dei fenomeni

1.1 ANALISI DEL CONSUMO DI SOSTANZE ILLEGALI

STEFANO SALVADORI, VALERIA SICILIANO, SABRINA MOLINARO E FABIO MARIANI

Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche

OBIETTIVI E METODI

L'obiettivo del presente lavoro è quello di descrivere la dimensione del consumo delle diverse tipologie di sostanze psicoattive in Italia. O meglio, di rendere comprensibile il significato dei diversi indicatori comunemente usati per descrivere l'uso di droghe, l'uso problematico e il bisogno di assistenza socio sanitaria generato dai comportamenti di assunzione. Per il raggiungimento di tale obiettivo, si è pensato di descrivere l'entità dell'uso di droghe tramite i dati che emergono dallo studio campionario IPSAD-Italia®, realizzato dal CNR nel corso del 2005, sulla popolazione italiana tra i 15 e i 54 anni di età. Successivamente, l'informazione sarà integrata con i dati dei flussi informativi sanitari sui soggetti tossicodipendenti che fanno domanda di assistenza presso le strutture territoriali specialistiche del Servizio Sanitario Nazionale.

Il primo indicatore che si descrive è quello della “prevalenza del consumo delle sostanze nella popolazione generale”, in quanto permette di avere una indicazione della diffusione del fenomeno e individua, all'interno della moltitudine di consumatori, quella parte potenziale che potrebbe fare nel prossimo futuro domanda di trattamento presso le strutture assistenziali presenti sul territorio.

Il secondo indicatore preso in considerazione è quello che definisce la diffusione dell'“uso problematico” di sostanze. Tramite questo indicatore, a partire dall'informazione generata dai soggetti che hanno fatto domanda di trattamento, è possibile stimare il numero complessivo dei soggetti che

necessiterebbero di trattamento nell'area territoriale e nel periodo di tempo in studio (comprendendo tra questi anche i casi non trattati).

ITALIAN POPULATION SURVEY ON ALCOOL AND DRUGS (IPSAD-ITALIA®2005)

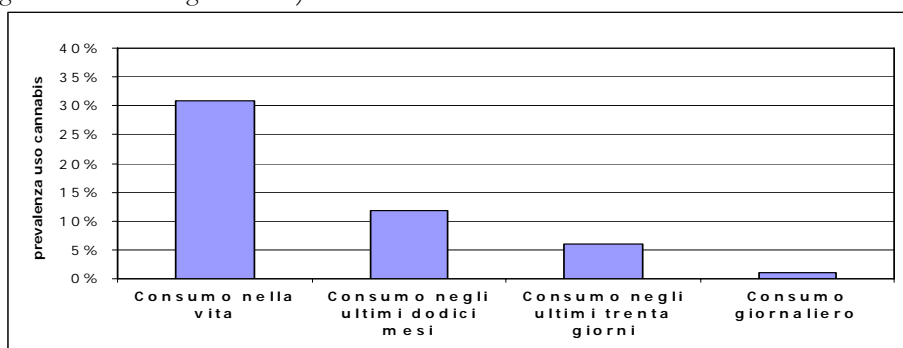
Lo studio IPSAD-Italia®2005 è la principale ricerca nazionale sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte della popolazione tra i 15 ed i 54 anni. L'indagine è finanziata dall'Osservatorio nazionale sulle droghe e le tossicodipendenze e permette di calcolare uno dei cinque "indicatori epidemiologici chiave", definiti a livello europeo, sull'uso delle sostanze illegali che ogni anno il nostro paese invia all'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona. Lo studio è condotto su un campione di soggetti attraverso un questionario postale autosomministrato. Il campione (rappresentativo della popolazione nazionale tra i 15 e i 54 anni di età) è selezionato, mediante estrazione casuale di nominativi di persone residenti, dalle liste anagrafiche dei vari Comuni coinvolti nella rilevazione. I Comuni vengono individuati in modo da essere rappresentativi di tutte le province italiane. La partecipazione all'indagine è ovviamente volontaria, anonima (le risposte fornite non permettono in nessun modo di risalire all'identità del soggetto) e gratuita per l'intervistato (insieme ad ogni questionario viene spedita anche una busta pre-affrancata per il ritorno al mittente, una volta compilato).

Il questionario prende inizialmente in considerazione alcune informazioni socioculturali dei soggetti, per passare ad indagare, successivamente, i consumi di tabacco, alcol, psicofarmaci e sostanze illecite ed analizzare infine alcuni aspetti correlati ai consumi stessi (analisi degli atteggiamenti di approvazione o disapprovazione rispetto all'uso delle varie sostanze, nonché la percezione dei rischi a queste correlati). I consumi di tutte le sostanze riguardano l'esperienza d'uso nella vita, quella negli ultimi 12 mesi e quella più recente (relativa agli ultimi 30 giorni). L'indagine viene realizzata dal 2001, ogni due anni, dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica (Consiglio Nazionale delle Ricerche).

USO DI CANNABIS

Nel 2005 la sostanza con maggior diffusione d'uso in Italia risulta essere la cannabis, circa un terzo degli italiani, tra i 15 e i 54 anni di età, l'ha provata (31%), il 12% di questi ha avuto contatti con la sostanza negli ultimi 12 mesi e il 6% negli ultimi trenta giorni. Sono circa 350.000 i soggetti fra i 15 e i 54 anni che si stima facciano uso quotidiano di cannabis e circa 1.900.000 quelli che ne fanno uso il fine settimana.

Grafico 1: Uso di cannabis (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).

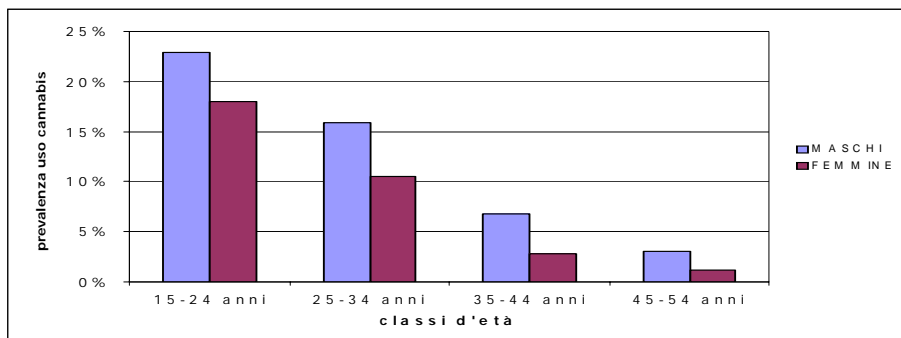


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAID®Italia2005

Sono i soggetti di sesso maschile ad avere una maggiore contiguità alla sostanza con circa il 14% degli intervistati rispetto al 10% delle coetanee. I consumatori si addensano fra i 15 ed i 24 anni (23% dei maschi ed il 18% delle femmine).

All'aumentare dell'età decresce, sia per i maschi che per le femmine, la percentuale di soggetti che riferisce l'utilizzo della sostanza indagata: il 3,1% dei maschi e l'1,1% delle femmine nella fascia di età più anziana ha consumato cannabis una volta o più nell'ultimo anno.

Grafico 2: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.

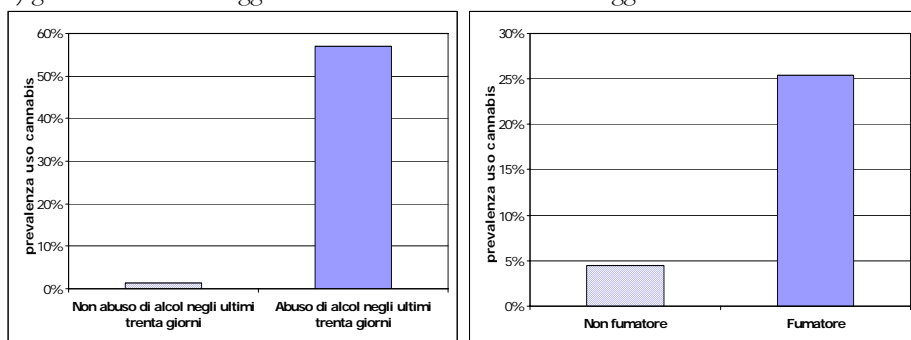


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Non aver abusato di alcol nell'ultimo mese e non essere fumatore di tabacco risultano i maggiori fattori protettivi nei confronti dell'uso di cannabis. Infatti, tra coloro che dichiarano l'abuso di alcol, il 57% ha fatto uso anche di cannabis, mentre, tra i soggetti che non hanno utilizzato l'alcol in modo eccessivo, solo l'1% ha fatto uso di cannabis. Tra i fumatori di tabacco il 25% risulta essere utilizzatore di cannabinoidi e tra i non fumatori poco più del 4% usa cannabis (grafico 3).

Grafico 3: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

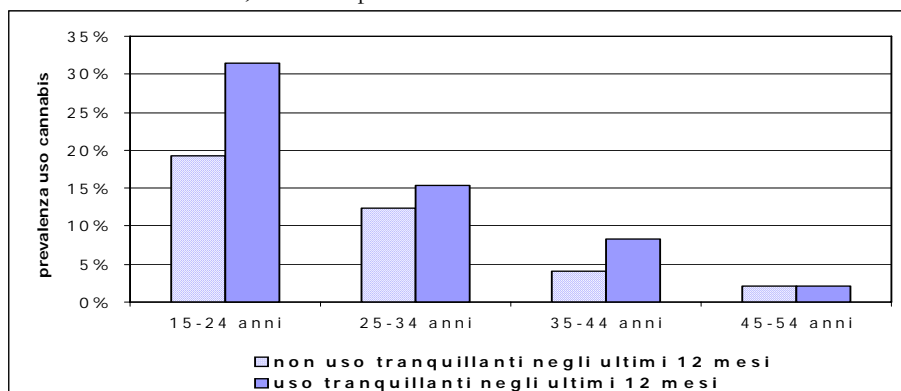
- a) grafico a sinistra – soggetti che hanno abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni e soggetti che non ha abusato;
- b) grafico a destra – soggetti che fumano abitualmente e soggetti che non fumano.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Inoltre, come si evince dal grafico 4, la prevalenza di consumatori di cannabis è maggiore tra coloro che hanno riferito di aver fatto uso di tranquillanti nell'ultimo anno. Tale dato vale in particolare per i soggetti nella fascia di età 15-24 anni; tra questi la prevalenza d'uso di cannabis è del 31,4% tra chi ha consumato nell'ultimo anno anche tranquillanti, e del 19,3% tra chi non ha consumato tranquillanti. La fascia di età 45-54 anni presenta, invece, la stessa prevalenza di utilizzatori di cannabis tra i consumatori ed i non consumatori di tranquillanti.

Grafico 4: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra coloro che riferiscono uso di tranquillanti negli ultimi dodici mesi e soggetti che non ne riferiscono l'uso, articolata per classi di età.



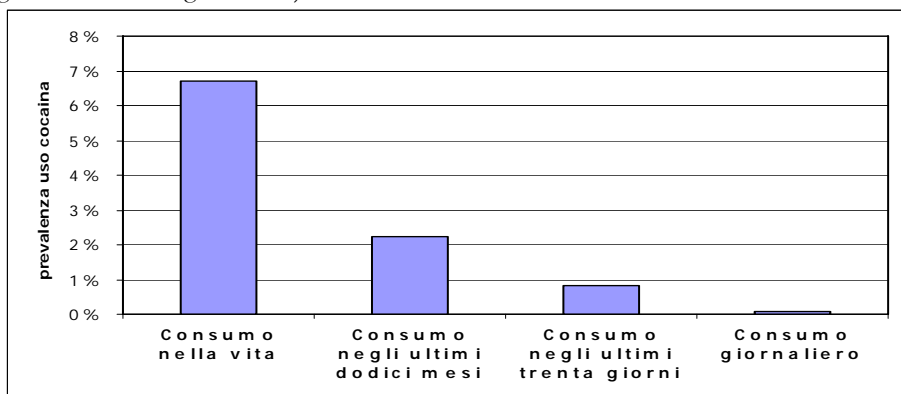
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

USO DI COCAINA

Se si esclude la cannabis, la cocaina è la sostanza che presenta maggiore diffusione: la frequenza d'uso "una o più volte nella vita" riguarda il 6,7% della popolazione italiana tra i 15 e i 54 anni di età, mentre negli ultimi 12 mesi la prevalenza è del 2,2%. Il consumo negli ultimi trenta giorni riguarda lo 0,9% del campione, l'uso quotidiano lo 0,1% (grafico 5).

Dai dati si stima quindi che circa 300.000 persone fanno uso di cocaina una o più volte in un mese, e che sono 32.000 coloro che quotidianamente assumono cocaina.

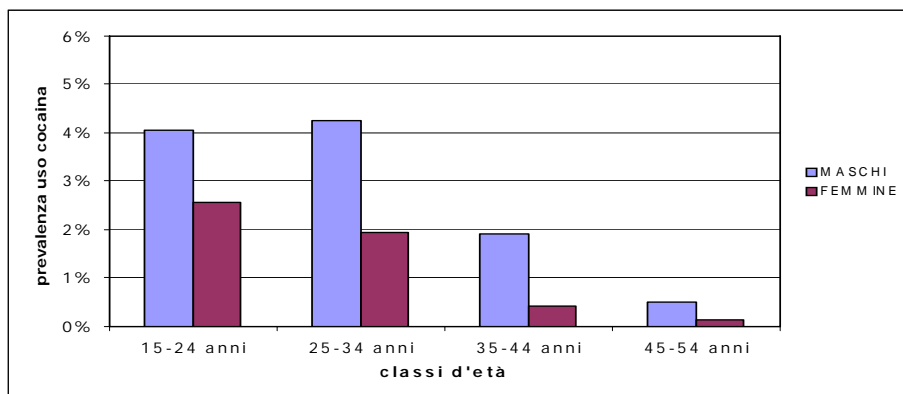
Grafico 5: Uso di cocaina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Nel grafico 6 si osserva che la distribuzione dei consumi di cocaina negli ultimi dodici mesi mostra sostanziali differenze tra i generi. La diffusione della sostanza sembra interessare maggiormente i soggetti di sesso maschile (3% contro l'1,6% delle coetanee), differenze minori si evidenziano nella classe d'età inferiore (15-24 anni: il 4% dei maschi ed il 2,6% delle femmine), mentre per i 25-34enni il rischio di far uso di cocaina è doppio nei maschi rispetto alle coetanee (maschi 4,3%; femmine 1,9%), mentre per le altre classi d'età è maggiore di ben quattro volte. Dal grafico risulta evidente che per i soggetti di sesso maschile, il contatto con la sostanza è più elevato nella classe d'età 25-34, mentre tra le femmine sono le giovanissime (15-24 anni) a riferire un maggior utilizzo della sostanza.

Grafico 6: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.

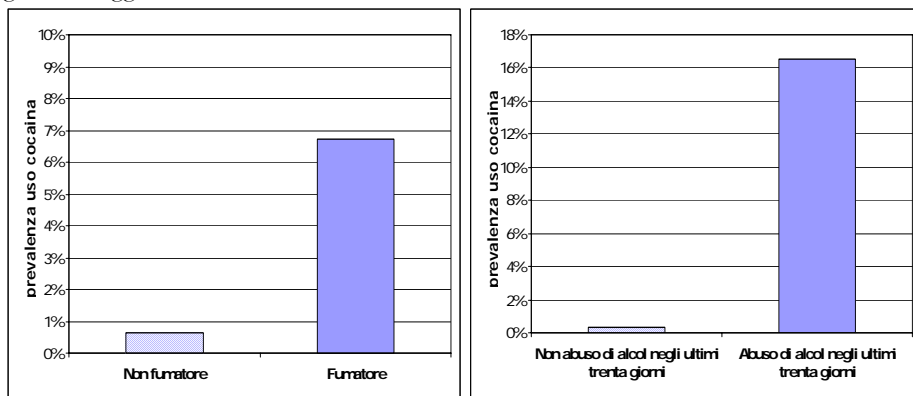


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

I fattori positivamente associati al consumo di cocaina negli ultimi 12 mesi risultano essere l'aver fatto uso di tranquillanti nell'ultimo anno e l'appartenere ad uno stato socio economico alto. I fattori protettivi sono, invece, il non aver abusato di alcol nell'ultimo mese, il non essere fumatore ed il non essere separato, divorziato o vedovo.

L'uso abituale di sigarette è associato al consumo di cocaina. Tra i fumatori di tabacco il 6,7% fa uso anche di cocaina; i non fumatori utilizzano la sostanza nello 0,6% dei casi. Ancora più evidente risulta essere l'associazione col consumo di alcol: il 16,5% degli abusatori di alcol usa cocaina contro un valore dello 0,3% tra gli altri.

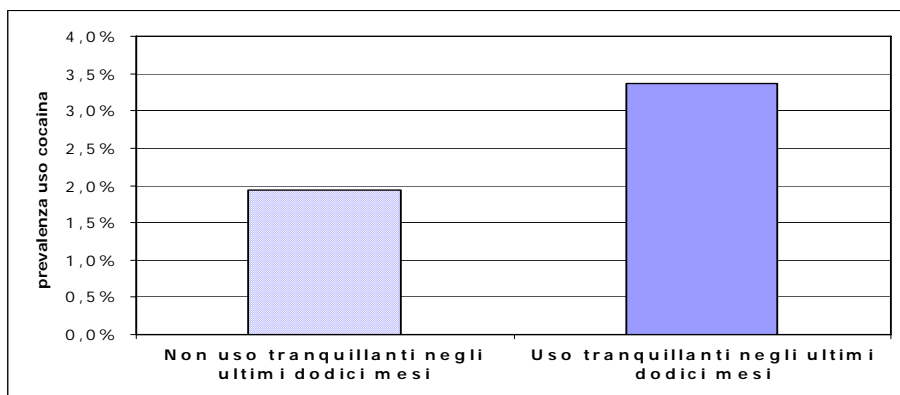
Grafico 7: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):
a) grafico a sinistra – soggetti fumatori e non fumatori;
b) grafico a destra – soggetti che riferiscono di aver abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni e soggetti che non hanno abusato.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

L'uso di tranquillanti negli ultimi 12 mesi rappresenta una caratteristica positivamente associata all'uso di cocaina. Il 3,4% di coloro che utilizzano tranquillanti utilizza anche cocaina, contro l'1,9% di prevalenza d'uso di cocaina tra i soggetti che non utilizzano tranquillanti (Grafico 8).

Grafico 8: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra soggetti che riferiscono uso di tranquillanti negli ultimi dodici mesi e soggetti che non ne ha fatto uso.



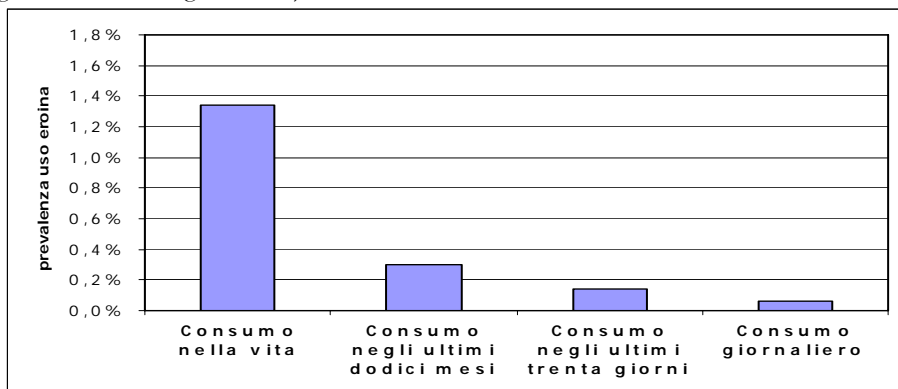
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

USO DI EROINA

Circa l'1,3% dei soggetti intervistati riferisce di aver fatto uso di eroina almeno una volta nella vita. Tale consumo scende allo 0,3% della popolazione se si misurano gli ultimi 12 mesi, allo 0,14% e allo 0,06% rispettivamente per l'ultimo mese e per il consumo giornaliero.

Con tali dati si può stimare che circa 20.000 italiani, tra i 15 e i 54 anni di età, fanno uso giornaliero di eroina e circa 45.000 ne fanno uso una o più volte al mese.

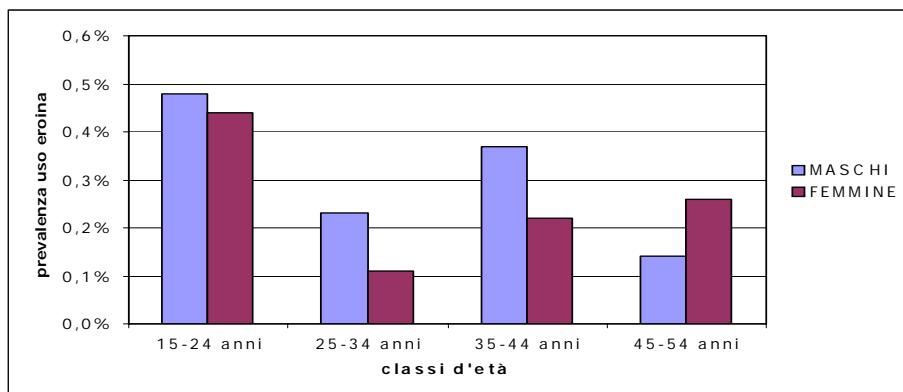
Grafico 9: Uso di eroina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Nel corso dell'ultimo anno, l'utilizzo di eroina risulta simile sia nei maschi che nelle femmine (0,3%). Dal grafico risulta evidente che la distribuzione dei consumi all'interno delle diverse fasce d'età è diversa tra i generi. Sebbene le differenze sono minori nella classe d'età inferiore (maschi 0,5%; femmine 0,4%) per le femmine tale prevalenza si abbassa nella fascia successiva (0,1%) per aumentare nelle successive due fasce di età (0,2% tra i 35 ed i 44 anni e circa lo 0,3% nella fascia più anziana). Tra i maschi si nota invece un'elevata percentuale degli utilizzatori anche tra i 35 ed i 44 anni (0,4%).

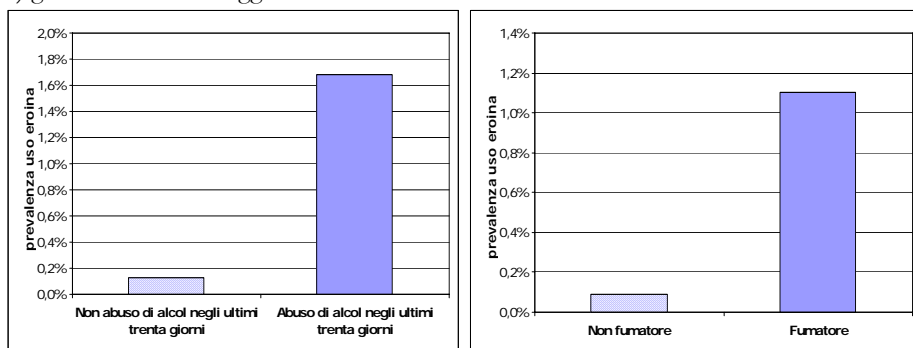
Grafico 10: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

L'abuso di alcol è un fattore di rischio correlato all'uso di eroina. L'1,7% di coloro che dichiarano di aver abusato di bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni ha riportato anche di aver fatto uso di eroina nell'ultimo anno contro lo 0,1% tra i soggetti che non hanno riferito ubriacature nel passato recente. L'uso abituale di sigarette è altrettanto associato all'uso di eroina (grafico 11).

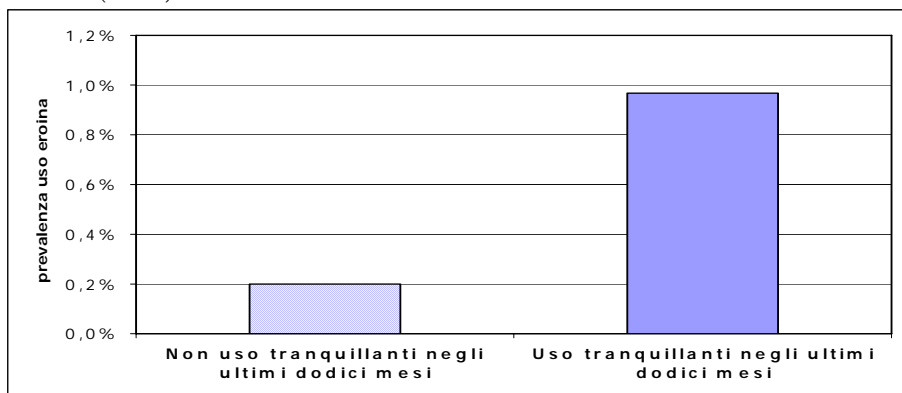
Grafico 11: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):
a) grafico a sinistra – soggetti che riferiscono di aver abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni e soggetti che non ha abusato;
b) grafico a destra – soggetti fumatori e non fumatori.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Tra gli utilizzatori di tranquillanti l'1,0% dei soggetti riporta di aver fatto uso di eroina contro lo 0,2% di coloro che non utilizzano tali farmaci.

Grafico 12: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra coloro che riferiscono uso di tranquillanti negli ultimi dodici mesi e chi non ne ha fatto uso (destra).

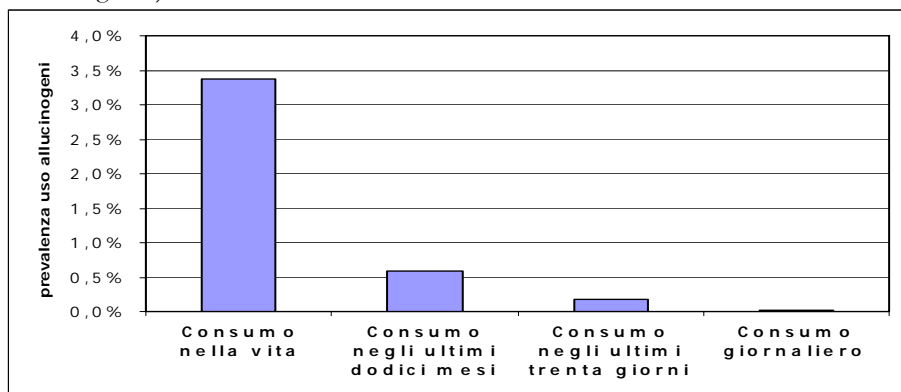


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

USO DI ALLUCINOGENI

Il 3,4% della popolazione riferisce di aver utilizzato, almeno una volta nella vita sostanze di tipo allucinogeno (LSD, funghi, ketamina,..). L'uso relativo all'ultimo anno riguarda invece lo 0,6% del campione mentre lo 0,2% degli intervistati riferisce l'uso recente (ultimo mese) di tale sostanza.

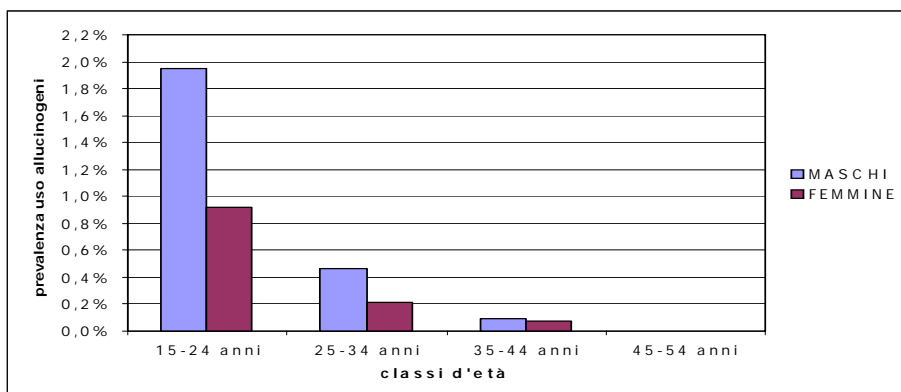
Grafico 13: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Il consumo di queste sostanze sembra essere riservato prevalentemente ai giovanissimi (15-24 anni) e per lo più alla popolazione maschile (2,0%); le coetanee che hanno utilizzato allucinogeni nel passato recente sono poco meno della metà (0,9%).

Grafico 14: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.

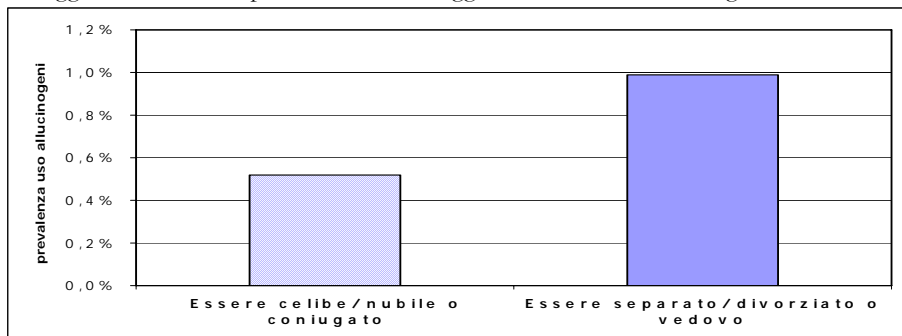


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Analizzando le relazioni tra le caratteristiche individuali e quelle relative al consumo di sostanze legali dei soggetti del campione e la propensione all'uso di allucinogeni si osserva che fattori positivamente associati al consumo negli ultimi 12 mesi risultano essere lo stato socio-economico elevato e l'uso di tranquillanti (ultimi 12 mesi). Fattori negativamente associati sono invece il non essere separato, divorziato o vedovo ed il non essere fumatore.

Essere separato/divorziato o vedovo sembrerebbe, anche in questo caso, una caratteristica associata all'uso della sostanza considerata. L'1,0% all'interno di questa categoria, contro lo 0,5% degli altri (celibi/nubili e coniugati), riferisce l'utilizzo di allucinogeni nell'ultimo anno.

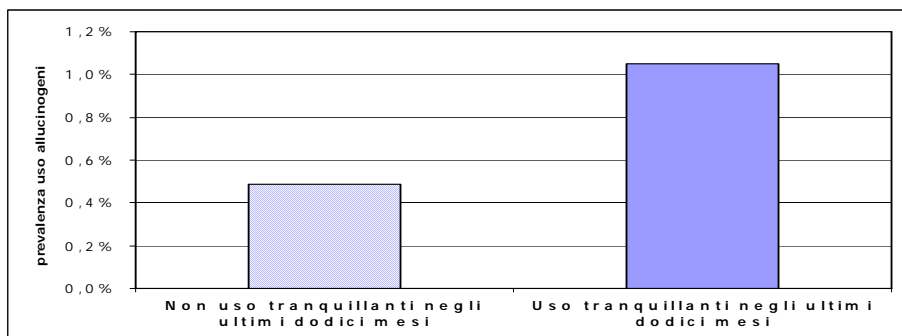
Grafico 15: Prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più negli ultimi dodici mesi) tra soggetti divorziati/separati o vedovi e soggetti nubili/celibi o coniugati.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Chi usa tranquillanti nell'1,0% dei casi usa anche allucinogeni contro lo 0,5% dei casi tra coloro che non usano tranquillanti.

Grafico 16: Distribuzione della prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra chi riferisce uso di tranquillanti negli ultimi dodici mesi e chi non ne ha fatto uso.

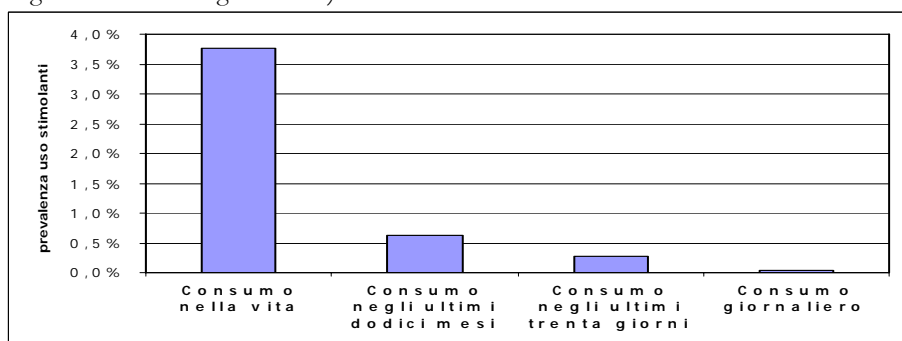


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

USO DI ALTRI STIMOLANTI

La prevalenza di soggetti intervistati che riferisce di aver provato nella vita, almeno una volta, altri stimolanti (ecstasy e amfetamine), è pari al 3,8%. Negli ultimi 12 mesi lo 0,6% della popolazione riferisce di aver fatto uso di tali sostanze psicoattive; mentre lo 0,3% ne riferisce l'uso nell'ultimo mese e lo 0,04% l'uso abituale.

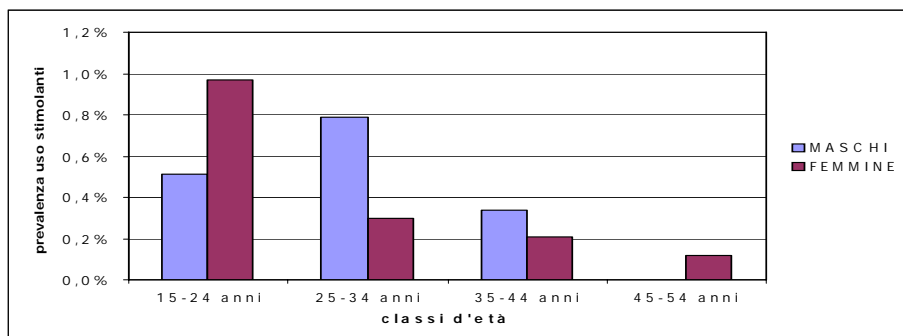
Grafico 17: Uso di stimolanti (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Come per le altre sostanze, si rileva un maggior utilizzo di stimolanti nell'ultimo anno, da parte dei maschi, per i quali la percentuale di consumo si attesta intorno allo 0,6% degli intervistati contro lo 0,5% delle coetanee. Negli ultimi 12 mesi l'uso di stimolanti è particolarmente elevato tra i soggetti di sesso femminile nella fascia di età più giovanile (1,0%) e tra i soggetti di genere maschile nella fascia di età successiva (0,8%). L'uso di queste sostanze decresce con l'età per le femmine che, nella fascia di età 45-54 anni consumano nello 0,1% dei casi. Per i maschi il picco nell'uso è relativo alla fascia 25-34 (Grafico 18).

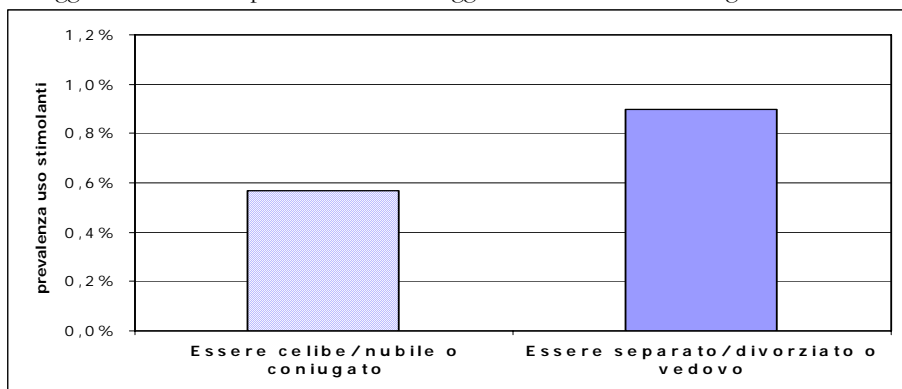
Grafico 18: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Non essere separato o vedovo rappresenta un fattore negativamente associato all'uso di stimolanti così come non essere utilizzatore abituale di sigarette. Tra i separati o vedovi lo 0,9% della popolazione ha utilizzato stimolanti nell'ultimo anno, contro lo 0,6% di coloro che non presentano tale caratteristica.

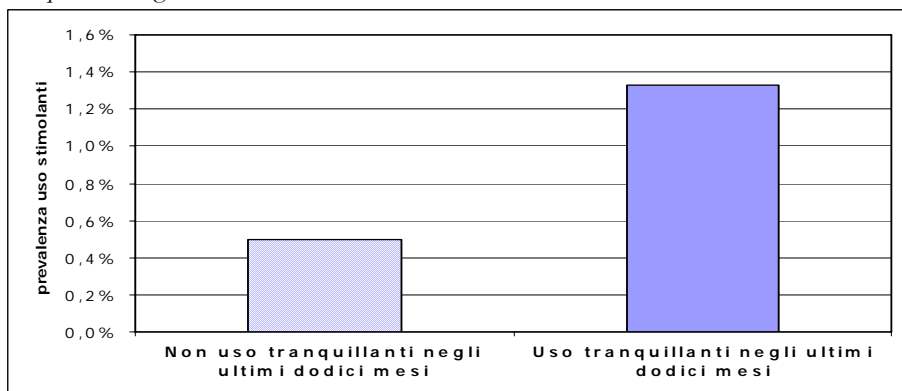
Grafico 19: Prevalenza di consumatori di stimolanti (una o più negli ultimi dodici mesi) tra soggetti divorziati/separati o vedovi e soggetti nubili/celibi o coniugati.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Tra gli utilizzatori di tranquillanti l'1,3% consuma stimolanti, contro lo 0,5% di coloro che non usano tranquillanti.

Grafico 20: Prevalenza di consumatori di stimolanti tra coloro che riferiscono uso di tranquillanti negli ultimi dodici mesi e chi non ne ha fatto uso.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

USO ASSOCIATO DI PIÙ SOSTANZE ILLEGALI

Circa il 7% dei soggetti intervistati riferisce di aver fatto uso nella vita di più sostanze illegali. Se si proietta il dato di prevalenza osservato nel campione sulla popolazione generale di 15-54 anni di età, più di 2 milioni di persone si trovava in questa situazione nel 2005 in Italia. Da evidenziare l'incremento rispetto alla precedente rilevazione: nel 2003 erano il 5%. L'analisi del poliuso risulta particolarmente efficace se riferita all'esperienza recente (ultimi 12 mesi).

Molti consumatori di sostanze psicotrope utilizzano più di una sostanza e, nel caso di poliabuso con sostanze psicotrope legali, si evidenzia fra i consumatori di illegali un abuso di alcol nell'8% dei casi (soggetti che hanno riferito ubriacature nell'ultimo mese) e un diffuso utilizzo di psicofarmaci (12%). Il grafico 21 illustra come l'84% dei soggetti che ha fatto uso di sostanze psicotrope illegali nei 12 mesi precedenti alla compilazione del questionario, ha consumato un solo tipo di sostanza, l'11% ha fatto uso di 2 sostanze (nel 97% dei casi una delle due era la cannabis) ed il 5% ha consumato 3 o più sostanze.

Grafico 21: Distribuzione percentuale di soggetti consumatori di una sola sostanza illegale e poliassuntori negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

In altre parole circa l'1,8% dei soggetti intervistati (ovvero 560.000 persone se riferite alla popolazione generale tra i 15 e i 54 anni) (tabella 1) ha riferito, nel 2005, uso combinato di sostanze negli ultimi 12 mesi e nella maggior parte dei casi la cannabis è stata una delle sostanze utilizzate.

Tabella 1: Distribuzione percentuale di soggetti poli-consumatori.

	Poli-consumo	di cui una cannabis	altre sostanze
Due sostanze	1,18%	1,14%	0,04%
Tre o più sostanze	0,61%	0,59%	0,02%
Totale uso	1,79%	1,73%	0,06%

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

I METODI DI STIMA DELL'USO PROBLEMATICO

Nel contesto di lettura dell'informazione legata al monitoraggio epidemiologico del consumo di sostanze psicoattive illegali, ed in particolare per quanto concerne una quantificazione più mirata dei bisogni, risulta di fondamentale importanza l'analisi dei risultati che derivano dall'applicazione delle metodologie di stima del cosiddetto uso problematico.

Nel corso degli anni, attraverso i tavoli comuni di studio sul fenomeno a cura dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs Addiction, EMCDDA) di Lisbona, è stata condivisa una definizione di uso problematico al fine di ottenere valori di stima della prevalenza e dell'incidenza di più gravi pattern di utilizzo di sostanze che fossero da un lato confrontabili tra le diverse aree territoriali e dall'altro indicativi dell'impatto di quegli stili di consumo non facilmente individuabili tramite le indagini campionarie basate sulla popolazione.

L'ambito di ricerca ha permesso di mettere a punto e sperimentare le opportune metodologie di stima da adottare nei diversi contesti, alla luce anche dell'informazione di base disponibile: le principali difficoltà incontrate infatti hanno riguardato la necessità di consentire a tutti i contesti territoriali interessati di disporre degli strumenti di stima che valorizzassero quanto rilevato dalle agenzie preposte all'acquisizione dei dati.

Le metodologie proposte permettono infatti di elaborare valori di stima a partire sia dai flussi informativi trasferiti dalle amministrazioni periferiche in forma aggregata, che sfruttando al massimo la densità di informazione

presente, a livello analitico, nei databases delle amministrazioni sia periferiche che centrali.

Al primo gruppo di metodi appartengono quelli denominati “benchmark”, o comunemente detti “del moltiplicatore”: a partire dal totale noto di soggetti appartenenti ad un sottogruppo (il benchmark) della popolazione degli utilizzatori di sostanze illegali (ad esempio i nuovi utenti in carico ai servizi territoriali pubblici nell’anno in studio) la correzione tramite un opportuno fattore (il moltiplicatore) consente di riportare il totale del sottogruppo al valore totale da stimare per l’intera popolazione.

Al secondo gruppo appartengono le metodologie “Poisson troncata” e “cattura-ricattura”, per le stime di prevalenza, la metodologia detta “back calculation” e per la stima dell’incidenza degli utilizzatori problematici, che si basano sull’analisi integrata di uno o più flussi informativi rilevati a livello di singolo soggetto.

Esiste inoltre una metodologia di stima della prevalenza che si pone in una posizione intermedia rispetto ai due gruppi visti in precedenza, ed è quella dell’“indicatore multivariato”. In questo caso, utilizzando i flussi informativi pertinenti il fenomeno, quali ad esempio quelli derivanti dalle strutture specifiche di trattamento, così come quelli acquisibili dalle strutture non specifiche o anche dalle forze dell’ordine, è possibile, applicando le adeguate tecniche statistiche di riduzione della dimensionalità, condensare l’informazione in un’unica variabile (l’indicatore multivariato).

LA STIMA DI PREVALENZA DELL’USO PROBLEMATICO

Congiuntamente alla disponibilità di stime locali ritenute affidabili risulta quindi possibile determinare la stima per il totale del territorio in esame.

A livello nazionale già dagli anni ‘80 sono disponibili stime di prevalenza dell’uso problematico che nel corso del tempo si sono sempre più affinate per quanto riguarda le modalità di calcolo e soprattutto per quanto concerne la loro attendibilità, alla luce del miglior livello qualitativo dell’informazione di base raccolta ed elaborata. La tabella 2 riporta le stime determinate per l’anno 2005.

Tabella 2: Casi prevalenti stimati per l'anno 2005 (valori assoluti e intervallo di variazione).

Anno	Moltiplicatore segnalazioni decessi droga correlati	Indicatore demografico	Cattura/ricattura	Indicatore multivariato	Intervallo di variazione della stima
2005	304.104	314.520	287.721	322.998	287.721 – 322.998

Fonte: Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Per l'anno in esame, così come richiesto dall'Osservatorio Europeo, sono inoltre state implementate per la prima volta stime a livello nazionale relative all'uso problematico focalizzate su gruppi di sostanze, così da affinare ulteriormente il dato grezzo e separare per tipologia di utilizzo; sempre grazie alla qualità delle informazioni raccolte a livello centrale ed alla disponibilità di dati a livello analitico sugli utenti in trattamento, è stato possibile determinare i valori di stima per due grandi gruppi: gli oppiacei, che principalmente riguardano l'uso di eroina, e gli stimolanti, che essenzialmente riguardano l'uso di cocaina.

Dai valori riportati in tabella 2 emerge come le stime, per gli oppiacei, oscillino dai 195.649 ai 223.104 soggetti (valore medio 209.276), e per gli stimolanti dai 126.046 ai 143.174 soggetti (valore medio 134.608).

Dai valori stimati è possibile valutare che nel corso dell'anno 2005, in media, solo una quota prossima al 50% dei soggetti con problematiche di salute legate all'utilizzo di oppiacei ha fatto domanda di trattamento presso i servizi territoriali proposti; tale quota scende, in media, sotto il 20% per quanto riguarda gli utilizzatori problematici di stimolanti (nel presente caso essenzialmente cocaina).

Tabella 3: Utilizzatori problematici per gruppi di sostanze, casi prevalenti stimati per l'anno 2005.

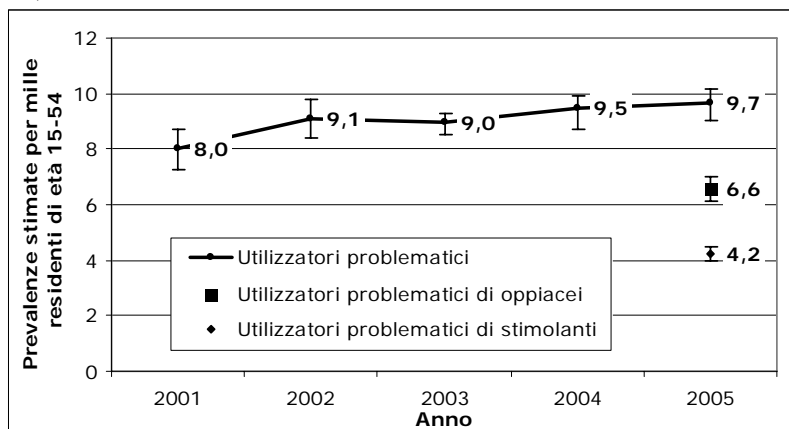
	Oppiacei		Stimolanti	
Anno	Indicatore demografico	Indicatore multivariato	Indicatore demografico	Indicatore multivariato
2005	195.649	223.104	126.046	143.174

Fonte: Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Il rapporto tra il numero dei casi prevalenti stimati e la popolazione residente in Italia di età compresa tra i 15 ed i 54 anni fornisce il valore della prevalenza stimata che, per l'anno 2005, si attesta su valori compresi tra i 9,0 ed i 10,2 soggetti utilizzatori problematici ogni 1.000 residenti.

Rispetto ai grandi gruppi di sostanze si osservano valori stimati della prevalenza compresi, rispettivamente per gli oppiacei e gli stimolanti, tra i 6,2 ed i 7,0 e tra i 4,0 ed i 4,5 soggetti ogni mille residenti. L'analisi dell'andamento temporale delle prevalenze stimate per il quinquennio 2001-2005 (grafico 22) mostra una situazione di lieve ma costante aumento dei valori stimati. La variazione osservata di 1,7 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 54 anni corrisponde, in media, ad un incremento annuo complessivo di circa 11.000 soggetti, parte dei quali incidenti e parte dei quali in recidiva rispetto all'uso problematico.

Grafico 22: Andamento temporale delle prevalenze stimate (valori medi e intervallo di variazione)



Fonte: Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

SOGGETTI INCIDENTI

Rispetto alle stime di incidenza, tramite la metodologia “back calculation”, per il 2005 sono stati stimati circa 30.000 nuovi utilizzatori problematici di oppiacei, corrispondenti a poco meno di 1 nuovo utilizzatore problematico ogni 1.000 residenti di età compresa tra i 15 ed i 54 anni, contro i circa 9.000 nuovi utilizzatori problematici di stimolanti (0,3 ogni mille residenti di età 15-54) così come riportato in tabella 4.

Tabella 4: Utilizzatori problematici per gruppi di sostanze, casi incidenti stimati per l'anno 2005.

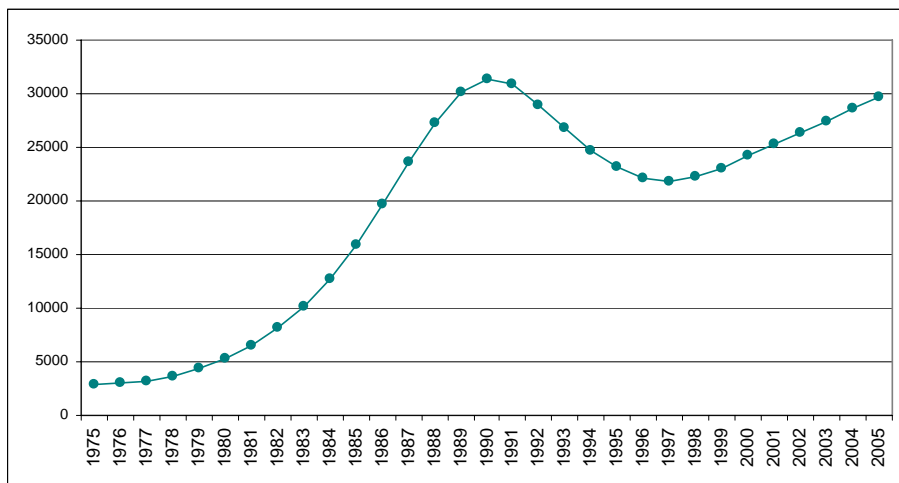
Anno	Oppiacei		Stimolanti	
	Stima	Intervallo di variazione	Stima	Intervallo di variazione
2005	29.663	29.016 – 30.310	9.174	8.541 – 9.806

Fonte: Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Una interessante applicazione della metodologia “back calculation” è quella che permette di delineare un profilo temporale della stime dei casi

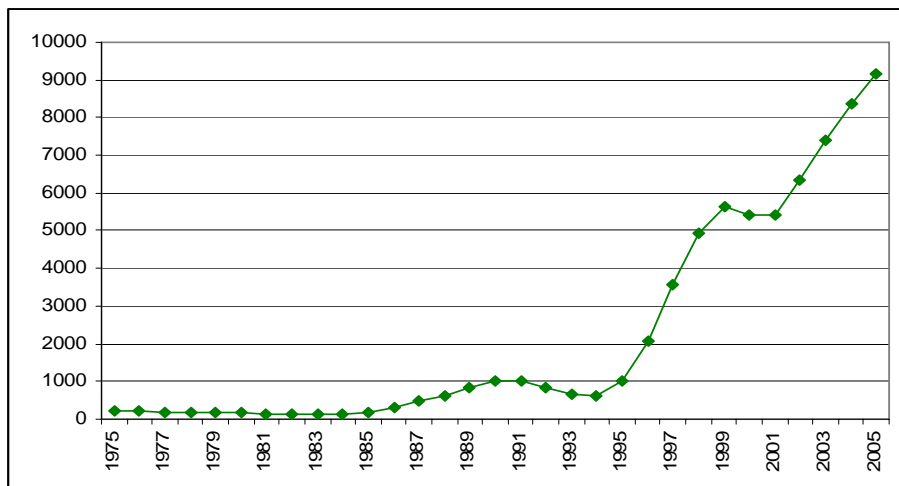
incidenti per i due gruppi di sostanze presi in esame come mostrato nei grafici 23 e 24

Grafico 23: Incidenza di uso di eroina in Italia



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Grafico 24: Incidenza di uso di cocaina in Italia



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Nel corso del tempo si è rilevata una differente dinamica dell'andamento del numero dei nuovi soggetti utilizzatori problematici per le diverse sostanze; nello specifico, a fronte di un costante e concorde aumento dei valori stimati, per gli utilizzatori problematici di oppiacei al picco osservato alla fine degli anni 80 è seguita una fase di regressione del fenomeno che però risulta nuovamente in espansione a partire dalla fine degli anni 90, mentre per gli utilizzatori problematici di stimolanti l'aumento appare drasticamente costante negli ultimi 15 anni.

L'intervallo entro cui possono oscillare le stime della vera prevalenza d'uso delle sostanze illegali, ottenibili dallo studio sulla popolazione generale, è notoriamente ampio. Tale intervallo risente, evidentemente, anche della quota di soggetti che non rispondono all'invio per posta del questionario. Nel nostro paese, pur avendo una percentuale di rispondenti simile a quella degli altri paesi U.E. (intorno al 45-50% del campione), la quota di informazioni mancanti porta a considerare anche un effetto di sottostima sistematico del fenomeno rilevato. Si possono confrontare, di conseguenza, i cambiamenti delle prevalenze nel tempo e nello spazio. Si osserva infatti che l'uso di stimolanti e di allucinogeni nel passaggio dalla rilevazione del 2001 a quella del 2005 triplica. Aumentano anche i consumatori di cannabis che passano dal 6,2% all'11,9% del campione. Si registra inoltre un incremento nell'uso di cocaina; la prevalenza, nel periodo considerato, raddoppia passando dall'1,1% al 2,2%. Si nota invece un decremento della percentuale di utilizzatori di eroina. Nel 2001 gli utilizzatori di eroina rappresentavano lo 0,5% della popolazione e nel 2005 questi sono lo 0,3%. Sono state analizzate le interazioni di caratteristiche di rilievo dei partecipanti allo studio con i consumi delle varie sostanze illegali nell'ultimo anno. L'uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci), la condizione familiare (essere separati o vedovi) e l'uso abituale di sigarette sono associati positivamente all'uso più elevato di tutte le sostanze illecite. L'abuso di alcol risulta fattore di rischio per l'uso delle sostanze illegali ad eccezione degli allucinogeni e degli stimolanti. Appartenere ad uno stato socio economico alto rappresenta un fattore associato all'uso di cocaina, cannabinoidi ed allucinogeni ed avere una scolarità medio-alta è caratteristica associata all'utilizzo di cannabinoidi.

2

Le premesse epistemologiche

2.1 ASPETTI NEUROBIOLOGICI DELL'ADDICTION

LORENZO SOMAINI

Ser.T. di Cossato - Asl 12 di Biella

I progressi degli ultimi decenni nel campo delle neuroscienze hanno profondamente contribuito alla comprensione dei meccanismi neurobiologici che sottendono all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

L'addiction, nella sua accezione moderna, è definita come un disturbo mentale ad andamento cronico recidivante, che si sviluppa in seguito a complesse variabili biologiche e ambientali. Caratteristica dell'addiction è una modalità compulsiva e incontrollata di assunzione di sostanze nonostante le conseguenze sfavorevoli. Tale termine comprende i concetti di tolleranza e di dipendenza, ma anche altri aspetti la caratterizzano: la preoccupazione per l'acquisizione di sostanza, l'uso compulsivo (*craving*), la perdita di controllo, il forte rischio di ricadute e il diniego della propria condizione di dipendenza. Il comportamento recidivante, invece, è una conseguenza dell'addiction e intende la possibilità di ricaduta nell'uso della sostanza dopo un periodo più o meno lungo di disintossicazione. Esso sarebbe il correlato comportamentale della sindrome di astinenza post-astinenziale, sottesa dal *craving* per la sostanza, che spesso è presente anche nella condizione di "drug-free" dopo la disintossicazione.

Le sostanze, per essere in grado di generare abuso e dipendenza, devono avere tre caratteristiche di base: *liking*, cioè piacevoli, in quanto stimolanti/deprimenti/allucinogene, producenti un aumento, percepito dal soggetto, della performance (fisica, relazionale, fisica); *funzionali ai bisogni* psichici della persona (aumento della empatia e/o della gratificazione, compenso/stabilizzazione di situazioni psichiche); *capaci* di dare tolleranza, astinenza e *craving*¹.

Da un punto di vista neurobiologico, le modificazioni psicopatologiche e comportamentali che si osservano nell'addiction sono spiegate sulla base del modello della *brain reward*, dal momento che le sostanze di abuso producono effetti di *rewarding* (ritenuti euforizzanti e

positivi dal consumatore) e di *reinforcing* (i comportamenti associati all'uso di sostanze vengono reiterati nel tempo). Per assumere un ruolo di sostanza di abuso, una molecola psicoattiva deve essere dotata di capacità dopaminergiche, cioè, deve saper interferire in modo più o meno diretto sul tono dopaminergico del sistema di gratificazione, tramite una azione diretta (recettoriale) o indiretta (attraverso meccanismi di reuptake pre e/o post sinaptici)² (vedi Tabella 1 e 2).

Tabella 1: Modalità di e meccanismi di azione delle varie sostanze

MODALITA' DI AZIONE	DIREZIONE DELL'AZIONE	MECCANISMO
DIRETTA	Inibitoria	Legame post-sinaptico
	Stimolatoria	
INDIRETTA	Inibitoria	Inibizione release presinaptico Riduzione sensibilità recettoriale post sinaptica Incremento del reuptake presinaptico
	Stimolatoria	Incremento del release presinaptico Incremento sensibilità recettoriale postsinaptica Inibizione del reuptake presinaptico

Fonte: Serpelloni et al., 2002³⁶

Tabella 2: Sistemi di neurotrasmissione-modulazione e principali effetti conseguenti all'attivazione o all'inibizione (Serpelloni et al., 2002)

SISTEMI DI NEUROTRASMISSIONE MODULAZIONE	TIPOLOGIA CONSEGUENZE	PRINCIPALI EFFETTI
DOPAMINERGICO (mesolimbico: amigdale-accumbens)	Conseguenze dell'attivazione	Comparsa aspettative di gratificazione Memorizzazione dell'effetto gratificante (Apprendimento)

	Conseguenze dell'inibizione	Comparsa di avversione Memorizzazione dell'effetto avversivo (Apprendimento)
MONOAMINERGICO (adrenalina, noradrenalina, dopamina)	Conseguenze dell'attivazione	Aumento della attenzione, eccitazione, attivazione motoria, aggressività, risposta allo stress
	Conseguenze dell'inibizione	Diminuzione della attenzione, eccitazione, attivazione motoria, aggressività, risposta allo stress, Sedazione, sonnolenza
SEROTONINERGICO	Conseguenze dell'attivazione	Aumento della socievolezza, del controllo degli impulsi. Riduzione dei comportamenti a rischio. Aumento della percezione dello stato di benessere di base
	Conseguenze dell'inibizione	Isolamento, impulsività, aggressività e percezione di uno stato di malessere di base
OPPIOIDERGICO	Conseguenze dell'attivazione	Fruizione della gratificazione, aumento della soglia del dolore fisico e psichico, ansiolisi, effetto ipnotico, aumento dell'empatia e del senso di appartenenza
	Conseguenze dell'inibizione	Sensazione di avversione, distacco, apatia, riduzione della soglia del dolore fisico e psichico, ansia, insonnia

GABAERGICO	Conseguenze dell'attivazione	Effetto tranquillizzante, di sedazione, induzione del sonno e rilassamento muscolare
	Conseguenze dell'inibizione	Eccitazione, ansia, insonnia e tensione muscolare/tremore
N-methyl D-Aspartato (NMDA) (aminoacidi eccitatori)	Conseguenze dell'attivazione	Agitazione, stato eccitatorio, irritabilità, ansia, ostilità
	Conseguenze dell'inibizione	Sedazione, stato di inibizione/apatia, esitamento del conflitto
	Conseguenze dell'inibizione	Disforia, ansia, effetto eversivo, propensione all'isolamento

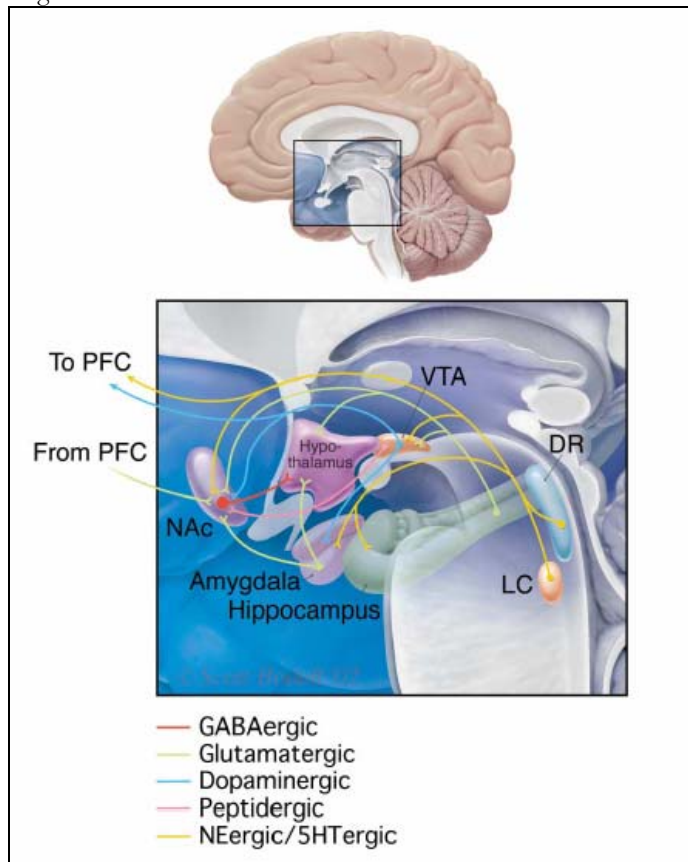
Fonte: Serpelloni et al., 2002³⁶

Le diverse sostanze di abuso presentano differenti meccanismi d'azione (in virtù del fatto che si legano a specifici bersagli in sistemi periferici e centrali e producono di conseguenza differenti combinazioni di effetti fisiologici e comportamentali), ma tutte producono effetti sui circuiti cerebrali della gratificazione dove determinano una attivazione della trasmissione dopaminergica, dando così luogo a comuni effetti funzionali dopo somministrazione acuta o cronica. Tuttavia, anche altre regioni cerebrali sono implicate nell'addiction, in particolare l'amigdala (sistema dell'amigdala estesa), l'ippocampo, l'ipotalamo, il giro cingolato anteriore, varie regioni della corteccia frontale; alcune di tali aree sono altresì implicate nei sistemi di memoria a breve e a lungo termine.

Diverse evidenze sperimentali indicano come tutte queste aree siano in grado di mediare in egual modo gli effetti emozionali prodotti da gratificazioni naturali (*natural rewards*), come ad esempio il cibo, il sesso, le interazioni sociali; analogamente tali aree sono anche in grado di mediare gli stati emozionali prodotti dalle dipendenze naturali (*natural addictions*), come accade nei disturbi alimentari, nel gambling, e in alcune forme di dipendenze sessuali. Se la ricerca delle sostanze di abuso (*drug seeking*) è associata all'attivazione dei circuiti neuronali della gratificazione, l'addiction (*drug addiction*) invece è caratterizzata, dal punto di vista neurobiologico, da una diminuzione funzionale dell'attività dei neurocircuiti della gratificazione e, contemporaneamente, al persistente reclutamento di alcuni sistemi con

effetto anti-gratificazione, di cui i più importanti e i più studiati sono quello delle dinorfina e del CRF. Il sistema della gratificazione (sistema dopaminergico mesolimbico-corticale), da un punto di vista anatomico, è formato da due stazioni neuronali e precisamente dalla Area Vento Tegmentale (VTA) e dal Nucleo Accumbens (NA), a cui afferiscono numerose altre stazioni neuronali (vedi Figura 1).

Figura 1: Il sistema reward e i diversi neurotrasmettitori coinvolti

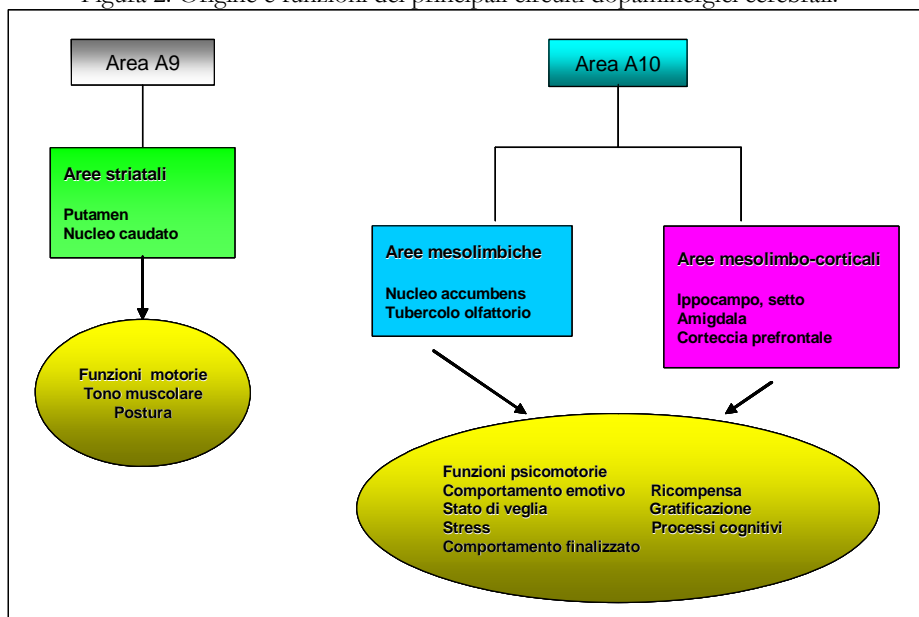


Fonte: Nestler EJ 2002

È costituito da diversi sistemi neurotrasmettitoriali (oppioidergico-dopaminergico-adrenergico-gabaergico- serotoninergico) che, interagendo con un meccanismo a cascata, determinano la sensazione di benessere

psicofisico, ossia la gratificazione attraverso un aumento di dopamina. Da un punto di vista anatomico, il sistema dopaminergico si articola in quattro vie, distinte tanto per connettività ed indirizzi anatomici quanto per funzioni fisiologiche (vedi Figura 2).

Figura 2: Origine e funzioni dei principali circuiti dopaminergici cerebrali.



In particolare è costituito dal:

- la via mesolimbica: collega il mesencefalo alle aree libiche del cervello. Origina nella zona A10 della Area ventro Segmentale (VTA) e nella parte mediale della Substantia nigra (SN) e innerva il nucleo accumbens, il tubercolo olfattorio e il nucleo interstiziale della stria terminalis. Sembra avere un ruolo centrale nei processi di gratificazione e quindi nel controllo del comportamento finalizzato. Le conoscenze farmacologiche dicono che l'iperattività di tale via sia all'origine dei deliri e delle allucinazioni.
- la via nigrostriatale: tale via origina a livello del mesencefalo ventrale con neuroni dopaminergici distribuiti in tre distinti gruppi A8, A9, A10. I neuroni A10 sono localizzati nella VTA mesencefalica, mentre le cellule presenti nella SN costituiscono il gruppo A9 e i neuroni A8 occupano la

posizione più caudale nell'area retrobulbare (RR). Tale via afferisce ai gangli della base (putamen e caudato) che formano una parte del sistema neuronale dell'extrapiramidium. È una via deputata al controllo dei movimenti al tono muscolare e alla postura.

- la via mesocorticale: origina dai neuroni dell'area VTA e attraversando l'ipotalamo ed il sistema limbico giunge sino alla corteccia prefrontale, ippocampo, amigdala, corteccia piriforme e corteccia entorinale.
- la via tuberoinfundibolare: origina dal nucleo infundibolare A12, sito nell'ipotalamo e proietta verso l'ipofisi ed è responsabile dell'aumento di prolattina che si osserva in corso di terapie con bloccanti dei recettori dopaminergici.

Il sistema dopaminergico mesolimbico-corticale, posto tra il VTA, il NAc e le principali aree della corteccia frontale, è responsabile della attivazione delle fasi iniziali del processo di apprendimento e di stabilizzazione dei comportamenti di addiction indotti da sostanze di abuso³, e come dimostrato da studi più recenti anche di quelli connessi ad alcuni disturbi dell'alimentazione, del gambling, e di alcuni deficit motivazionali della depressione⁴.

Le cause della tossicodipendenza sono da ricercarsi in una alterazione dei meccanismi cerebrali che regolano la gratificazione e gli stati motivazionali⁵. Le vecchie teorie che attribuivano lo sviluppo della dipendenza da oppiacei ad una carenza di oppiacei endogeni si sono nel tempo dimostrate inconsistenti come del resto quelle che presupponevano un grosso coinvolgimento genetico⁶⁻⁷.

Il piacere, inteso come il complesso delle sensazioni conseguenti all'appagamento dei bisogni, è indispensabile per la vita e per l'evoluzione della specie. In determinate condizioni il cibo, l'acqua e l'accoppiamento sono in grado di attivare i circuiti neuronali del piacere/ricompensa in virtù del fatto che essi rappresentano degli stimoli gratificanti o primari in grado di determinare un rinforzo positivo.

Gli stimoli primari riconoscono per loro natura una proprietà gratificante ed una cognitivo-incentiva⁸. Tali proprietà sono alla base dei comportamenti umani ed animali finalizzati alla ricerca, al riconoscimento, ed al consumo della stimolo primario⁹.

Da un punto di vista neurobiologico le proprietà gratificanti degli stimoli primari, così come le proprietà aversive degli stimoli sgradevoli e allo stress, attivano la trasmissione dopaminergica nel sistema limbico ed in

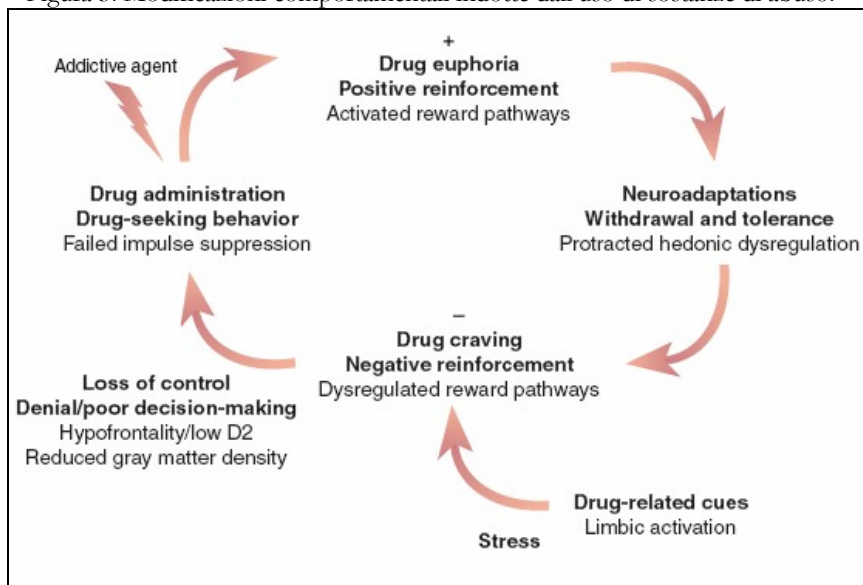
particolare nel nucleo accumbens¹⁰⁻¹¹. Le proprietà cognitivo-incentive degli stimoli primari sono invece in grado di attivare alcune regioni del sistema limbico quali l'amigdala e la corteccia prefrontale¹².

Bisogna sottolineare come le capacità degli stimoli primari di esercitare effetti gratificanti e cognitivo-incentivi varino da individuo ad individuo in funzione delle condizioni delle caratteristiche intrinseche del soggetto e della sua passata esperienza. Inoltre, la loro capacità di attivazione del sistema dopaminergico è suscettibile di una rapida abitudine e/o autoregolazione dal momento che viene generalmente re-settata dopo un periodo di non esposizione allo stimolo o da una condizione di deprivazione dello stesso¹³.

La gratificazione e la motivazione sono controllati dal sistema limbico¹⁴. Numerosi studi nei decenni successivi hanno permesso di scoprire che i principali sistemi neurotrasmettitoriali implicati nella regolazione della motivazione e della gratificazione sono rappresentati dal sistema dopaminergico e da quello oppioidergico¹⁵. Il primo sistema sembrerebbe in grado di controllare la spinta motivazionale alla ricerca dello stimolo gratificante, il secondo invece, medierebbe in qualche modo i processi di gratificazione conseguenti al consumo di sostanze.

Le sostanze d'abuso sono dei potentissimi surrogati degli stimoli primari¹⁶, in grado, cioè, di indurre spiccate proprietà gratificanti e cognitivo-incentive. In altre parole, l'esperienza dei loro effetti può rappresentare per l'uomo un fine primario a cui far tendere l'intera esistenza¹⁷. L'addiction può anche essere definita come una disfunzione dei circuiti cerebrali della gratificazione deputati naturalmente alla sopravvivenza dell'organismo e della specie. Le sostanze di abuso sono in grado di alterare i processi di volontà dirottando i meccanismi cerebrali (*hijacking*) implicati nella ricerca di rinforzi naturali e indebolendo i meccanismi inibitori di tali processi, determinando nel tempo una progressiva e costante perdita di controllo sull'assunzione delle sostanze di abuso (vedi Figura 3).

Figura 3: Modificazioni comportamentali indotte dall'uso di sostanze di abuso.



Le proprietà motivazionali e gratificanti delle sostanze di abuso fanno sì che ad un certo punto stimoli neutri o secondari come ad es. un volto, un luogo, una situazione, associati ripetutamente agli effetti gratificanti delle sostanze di abuso possono diventare con il tempo capaci di scatenare gratificazione e di conseguenza un intenso desiderio ossia il craving¹⁸.

Dal punto di vista neuro-biologico il craving rappresenta un costrutto psicologico comportamentale che descrive la capacità delle sostanze di abuso di conferire spiccate proprietà emotive a stimoli neutri che siano stati associati ad esse¹⁹. In tal modo l'uso ripetuto delle droghe è in grado di generare nell'uomo o animale un comportamento finalizzato all'ottenimento della sostanza stessa attraverso una sorta di apprendimento incentivo.

Se il craving è un aspetto patognomonico della dipendenza, indipendente da variabili individuali, genetiche o sociali, allora un substrato biologico di tale condizione deve esistere e spiegare attraverso quale processo certe sostanze siano in grado di indurre, dopo un uso ripetuto, una condizione psicologica comportamentale che ne sostiene e perpetua l'uso. Diverse ricerche sperimentali hanno dimostrato la complessità della neurobiologia del craving e che i meccanismi di controllo di tale fenomeno

sono da ricercarsi in alcune aree cerebrali come la corteccia prefrontale, il nucleo accumbens, l'ippocampo e l'amigdala.

Le basi neuro-biologiche della dipendenza risiedono probabilmente in una alterazione dei processi neuronali che controllano gli stati motivazionali e la gratificazione. Numerosi studi hanno infatti ampiamente dimostrato come il blocco della trasmissione dopaminergica nel NA sia in grado di attenuare molti degli effetti gratificanti indotti dall'uso di sostanze¹⁴ ed al contrario l'aumento della trasmissione dopaminergica nello stesso nucleo è correlato invece alla presentazione di stimoli gratificanti²⁰. L'aumento del tono dopaminergico indotto dall'uso di sostanze attraverso precisi meccanismi molecolari è in grado, in virtù della capacità della dopamina di modulare l'archiviazione delle informazioni a livello corticale²¹, di consolidare comportamenti alterati già acquisiti e di indurne dei nuovi. In tal modo le sostanze di abuso, attraverso un potenziamento della trasmissione dopaminergica mesolimbica-corticale e del rilascio di CRF possono indurre un rinforzo della memorizzazione degli effetti gratificanti del loro uso²².

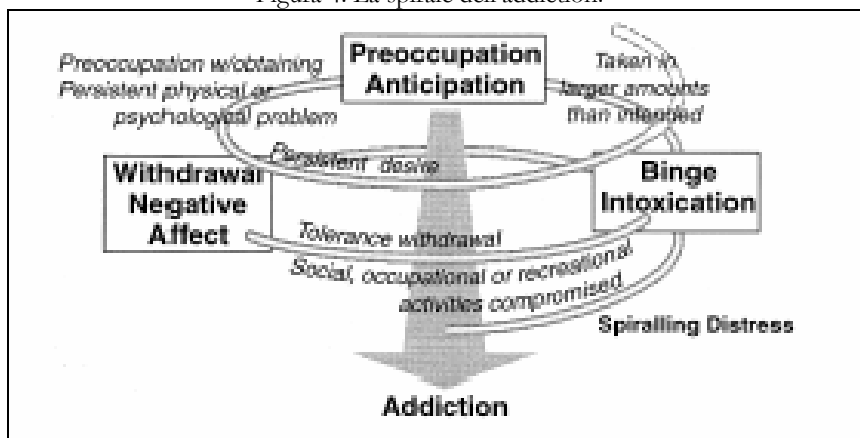
Per poter spiegare le basi neurochimiche che sottendono alla dipendenza da sostanze di abuso sono state formulate diverse ipotesi. Interessanti studi condotti con la PET (Tomografia ad Emissione di Positroni) hanno evidenziato un ruolo cruciale della corteccia orbitofrontale²³ nei processi compulsivi. Mentre i centri delle gratificazioni sarebbero cruciali nel dare l'inizio all'autosomministrazione della sostanza, lo stato di tossicodipendenza sarebbe regolato dai centri di controllo degli stati pulsionali. L'attivazione intermittente del sistema dopaminergico, ben visibile con studi di neuroimaging, indotta dall'uso di sostanze porterebbe nel tempo ad una disfunzione della corteccia orbito frontale tramite la mediazione di circuiti striato-talamo-orbitofrontali²³. Infatti durante le fasi di astinenza le aree orbitofrontali risulterebbero inattive mentre si comporterebbero in modo opposto quando i soggetti hanno assunto la sostanza o quando hanno un intenso craving. Questo modello implica che il piacere di per sé non è sufficiente per mantenere una situazione di tossicodipendenza ma che sarebbero necessarie alterazioni di aree nobili come la corteccia orbitofrontale.

Un'altra ipotesi suggerita da Taylor nel 1999 suggerisce che l'uso cronico di una sostanza possa causare un'ipofunzionalità dopaminergica delle aree corticali che presiedono alle funzioni cognitive. Questo porterebbe ad un ridotto controllo della pulsione che si tradurrebbe in un aumento ed una incontrollata assunzione di sostanze²⁴.

Nuovissime teorie suggeriscono che i processi di craving, di ricaduta siano in realtà secondari ad una risposta neuroadattiva dell'organismo alla cui base vi sono fenomeni di plasticità neuronale sostenuta dalla nuova espressione di geni²⁵.

La tossicodipendenza è un processo dinamico dovuto ad una alterazione dei processi omeostatici dell'organismo²⁶, caratterizzata da un meccanismo a spirale coinvolgente più sistemi e costituito schematicamente da una (vedi Figura 4):

Figura 4: La spirale dell'addiction.



Fonte: Koob et al 2001.

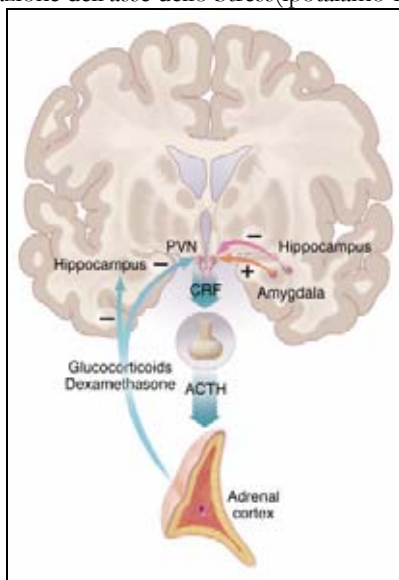
- ❑ fase anticipatoria; caratterizzata da un aumento di dopamina e di peptici oppiacei nel sistema mesolimbico e di glucocorticoidi nel circolo ematico;
- ❑ fase consumatoria: caratterizzata da una massiccia liberazione centrale della dopamina e di peptici oppioidi;
- ❑ fase astinenziale: caratterizzata da una drammatica riduzione della dopamina e peptici oppioidi cerebrali ed un aumento ematico di CRF e del cortisolo²⁶ e iperattività del sistema adrenergico del locus ceruleus.

L'aspetto neurobiologico di ogni fase corrisponderebbe a determinati aspetti comportamentali che caratterizzano i processi di dipendenza. E' interessante sottolineare come l'adrenalectomia o la somministrazione di

metapirone siano in grado di ridurre negli animali da laboratorio gli effetti di alcune sostanze di abuso. Esiste infatti una stretta relazione tra i neurocircuiti che rispondono alle sostanze di abuso e allo stress²⁷ e d'altro canto esiste una certa correlazione tra l'insorgenza di una dipendenza da sostanze e il disturbo post-traumatico da stress²⁸.

E' noto come i livelli ematici di glucocorticoidi possono aumentare le concentrazioni extracellulari di dopamina nel NA. In questo modo gli stress acuti potrebbero, tramite un aumento dei livelli di glucocorticoidi circolanti determinare un aumento del rilascio di dopamina che porta ad una aumentata sensitizzazione agli effetti gratificanti delle sostanze di abuso negli animali di laboratorio e conseguentemente ad una maggiore autosomministrazione. Tale sistema sarebbe autoregolato, infatti, l'aumento di glucocorticoidi agendo a livello ippocampale su specifici recettori agirebbe con un feed-back negativo riportando in poche ore i livelli di glucocorticoidi e di dopamina in condizioni basali (vedi Figura 5).

Figura 5: Regolazione dell'asse dello Stress(ipotalamo-ipofisi-surrene).



Fonte: Nestler EJ 2002

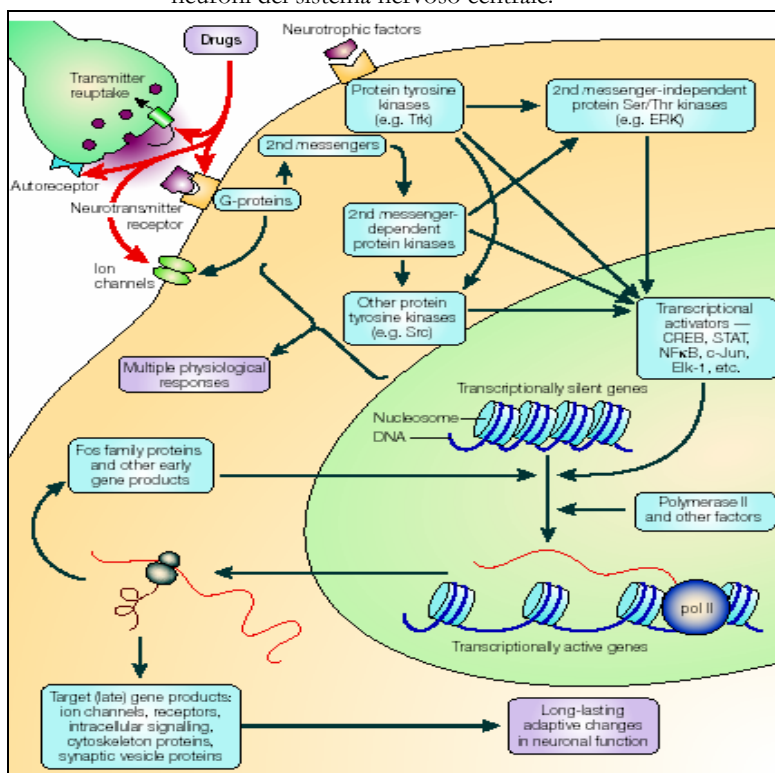
Nello stress cronico invece, la costante e massiccia liberazione di glucocorticoidi porterebbe nel tempo ad una down regulation recettoriale a livello ippocampale. In questo modo i livelli di glucocorticoidi rimarrebbero

alti insieme ai livelli di dopamina che porterebbe ad una sempre maggiore sensibilità agli effetti gratificanti delle sostanze di abuso e negli animali maggiore auto-somministrazione. L'interazione tra questi due circuiti è stata evidenziata anche nell'uomo⁹.

Da tutto quanto precedentemente esposto si comprende come possa essere inizialmente sostenuto dalla sola volontà dell'individuo per consumare la sostanza di abuso (per varie ragioni). L'uso nel tempo sarebbe, invece, sostenuto da precisi cambiamenti neuronali, dal persistente desiderio di provare piacere o di mitigare i disagi del corpo (cambiamenti della plasticità sinaptica a livello dell'ippocampo, amigdala, ecc) o dalla volontà di evitare una sindrome di astinenza (cambiamenti a livello del NA e corteccia prefrontale). La ricaduta o lo stato di cronicizzazione sarebbero l'espressione quasi automatica e del tutto involontaria dell'organismo agli effetti delle sostanze, sostenuta da un nuovo riarrangiamento plastico di tutto il "cervello neuroadattato" ed in particolare della corteccia prefrontale e del NA favorita dalla forte attivazione del sistema ipotalamo-ipofisi-surrenalico.

I meccanismi molecolari che sono alla base della dipendenza da sostanze non stati ancora chiariti del tutto. Appare oramai del tutto tramontata l'ipotesi che i meccanismi molecolari che portano all'addiction poggino esclusivamente su alterazioni a carico dei recettori di membrana in termini di up e down regulation recettoriale. È ormai opinione comune, che le alterazioni comportamentali che si osservano e che descrivono l'addiction siano il frutto di una espressione genica modificata, sia in termini quantitativi (aumento della induzione genica nella produzione di specifiche proteine) che qualitativi (induzione ex-novo di proteine). Nestler nell'anno 2004 ha postulato come l'uso ripetuto di eroina o di altre sostanze di abuso sarebbe in grado di attivare una sequenza di processi neuroadattivi che coinvolgerebbero, oltre ai recettori di membrana, anche secondi messaggeri intracellulari, i complessi proteici in grado di dare inizio ad una nuova espressione genica e in ultima analisi alla stessa morfologia alle connessioni e alla funzionalità in toto delle cellule nervose gettando le basi a modificazioni plastiche a carico dei neuroni del sistema nervoso centrale che caratterizzano da un punto neurobiologico il cervello divenuto addicted (vedi Figura 6).

Figura 6: Meccanismi intracellulari coinvolti nelle modificazioni plastiche a carico dei neuroni del sistema nervoso centrale.



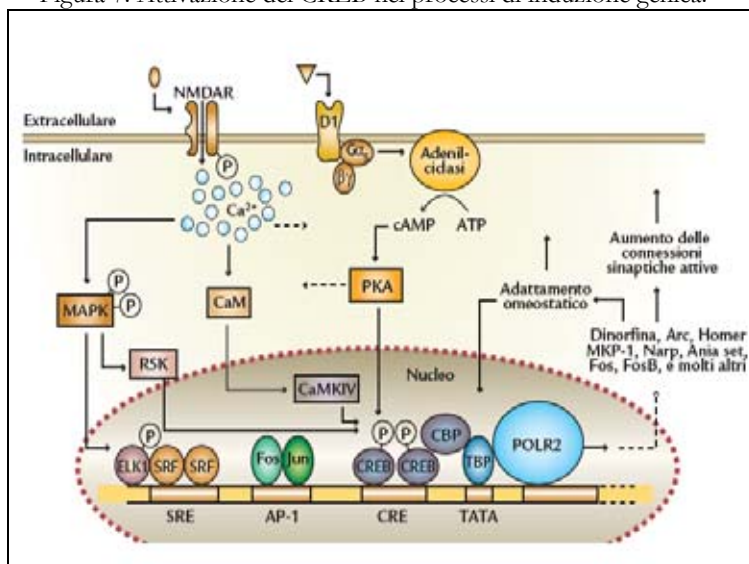
Fonte: Nestler EJ 2001

Diverse evidenze sperimentali indicano come dopo somministrazione acuta di sostanze oppiacee vi sia una inibizione della via dell'AMPC neuronale, di cAMP-chinasi e della tirosino-idrossilasi così come di fattori trascrizionali in molte aree del sistema nervoso centrale²⁹⁻³⁰, mentre quella cronica determina un aumento dell'AMPC, della tirosino-idrossilasi e up regulation recettoriale²⁹. Quest'ultimo fenomeno potrebbe essere l'espressione molecolare del fenomeno della tolleranza e spiegare lo sviluppo dell'astinenza nel momento in cui viene interrotta la somministrazione della sostanza³¹.

Numerosi altri meccanismi molecolari sarebbero implicati: ad esempio gli stimolanti sono in grado di influenzare la fosfolipasi A₂ neuronale³². Un ruolo centrale in questa catena di eventi dopo somministrazione cronica di sostanze viene rivestito dal CREB (*c*-AMP-RELATED-ELEMENT-

BINDING) che rappresenta una delle più note proteine regolatrici di trascrizione genica presenti sia nel sistema nervoso centrale che in organi periferici come il fegato (vedi Figura 7).

Figura 7: Attivazione del CREB nei processi di induzione genica.

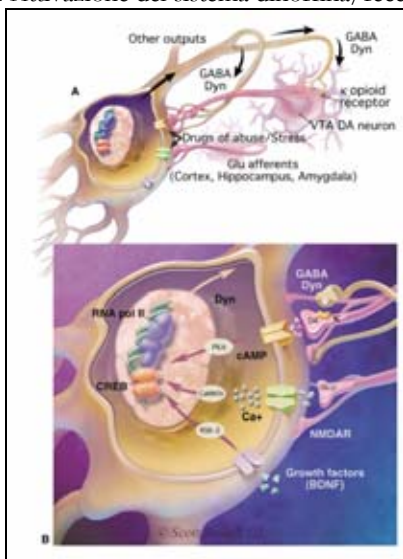


Fonte: Hyman 2001 modif. Ferdico 2005

Il CREB viene considerato il principale markers biologico di processi di adattamento neuronale indotto dalla assunzione di droghe e la sua partecipazione a fenomeni di plasticità neuronale è stata dimostrata oltre che nella addiction anche in alcune funzione cognitive complesse come l'apprendimento, la memoria, nelle patologie mentali come ad esempio nei disturbi depressivi, nei disturbi di ansia e nei disturbi schizofrenici³³. Uno dei fenomeni più importanti indotto dal CREB nel sistema reward a seguito di assunzione cronica di sostanze di abuso ed in particolare di eroina e cocaina è rappresentato dalla attivazione massiccia del sistema dinorfina/recettori κ . In particolare gli effetti mediati dalle proteine CREB provocherebbero un aumento della trascrizione genica delle dinorfine (ligando endogeno dei recettori κ) nei neuroni del NAc ed amplificazione delle funzioni neurofisiologiche regolate dalle dinorfine tramite i recettori κ . Tali conseguenze appaiono dal punto di vista neurofisiologico alquanto

rilevanti in considerazione del fatto che il sistema degli oppioidi partecipa alla regolazione di diverse funzioni complesse del sistema nervoso centrale, come ad esempio la percezione del dolore e del piacere, le risposte neuroormonali allo stress (asse ipotalamo-ipofisi-surrene, vedi Figura 5), la reattività emotiva e lo stato di attività della coscienza. È noto infatti che il meccanismo principale attraverso il quale tali funzioni vengono regolate è basato su un rapporto omeostatico tra gli effetti mediati dai recettori di tipo μ (che determinano uno spostamento dell'equilibrio della regolazione del tono affettivo verso il polo euforico) quelli mediati dai recettori κ (che determinano lo spostamento del tono affettivo verso il polo disforico) attraverso un aumento della trascrizione genica delle dinorfine le quali tramite la stimolazione dei recettori κ determinano un abbassamento del tono dopaminergico³⁴. Nel caso della over drive κ , la riduzione della funzione dopaminergica nel circuito della gratificazione si realizzerebbe attraverso il circuito di rientro Nac-VTA (a trasmissione prevalentemente GABA-ergica): collaterali massonici di tale circuito che utilizzano una neurotrasmissione GABA-DINORFINE, sarebbero in grado di determinare una inibizione pre-sinaptica attraverso la loro azione su recettori K presenti sulle terminazioni dopaminergiche (vedi Figura 8).

Figura 8: Attivazione del sistema dinorfina/recettori K.



Fonte: Nestler EJ 2002

Gli adattamenti plastici a carico dei neuroni del sistema nervoso centrale secondari alla attivazione del CREB dopo assunzione cronica di sostanze di abuso non sono solo appannaggio del circuito VTA-NAc. Infatti, diverse evidenze sperimentali hanno confermato, come analoghi livelli di menomi di neuro-adattamento siano osservabili anche nell'amigdala, nell'ippocampo, nel locus coeruleus, nel giro periacqueduttale, in numerose aree della corteccia prefrontale e lungo l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, (vedi Tabella 3).

Tabella 3: Neuroadattamento nell'addiction da oppioidi. Principali aree coinvolte.

SITO DI UP-REGULATION	CONSEGUENZE FUNZIONALI
Locus coeruleus	Dipendenza fisica e <i>withdrawal</i>
Area ventro-tegmentale	Disforia durante l'iniziale periodo di <i>withdrawal</i>
Grigio peri-acqueduttale	Disforia durante l'iniziale periodo di <i>withdrawal</i> , e dipendenza fisica e <i>withdrawal</i>
<i>Nucleus accumbens</i>	Disforia durante l'iniziale periodo di <i>withdrawal</i>
Amigdala	Aspetti condizionati durante l'addiction
Radice dorsale del midollo spinale	Tolleranza all'analgesia indotta da oppiacei
Plesso mienterico dell'apparato digerente	Tolleranza alla riduzione della motilità intestinale indotta da oppiacei e aumento della motilità durante <i>withdrawal</i>

Fonte: Nestler EJ 2004.

Questi fenomeni di plasticità neuronale secondari al ripetuto uso di sostanze di abuso (quantomeno di eroina) ha portato diversi autori a concludere che l'uso reiterato di sostanze determini una alterazione significativa di numerosi circuiti neuronali coinvolti nella regolazione dei processi che stanno alla base dell'affettività, dei processi di apprendimento e di memorizzazione degli stati biologici e delle esperienze ambientali associate con l'uso delle

sostanze di abuso, all'organizzazione dei comportamenti motivati e della capacità di prendere decisioni³⁵, e che tali alterazioni rappresentino modificazioni patognomoniche che si osservano nell'addiction e nel rischio di ricadute nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

1. Clerici M, Carta I, Cazzullo CI. Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of Italian narcotics addicts. *Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 24, 219, 1986;
2. Kandel DB, Kessler RC, Margulies RZ. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. In Kandel DB. ED. *Longitudinal Research on Drug Use*. Semisfere, New York, 73-78, 1978.
3. White FJ. A behavioural/systems approach to the neuroscience of drug addiction. *J. Neuroscience* 22(9); 3303-3305, 2002.
4. Nestler EJ, Barrot M, Di Leone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia SM. Neurobiology of depression. *Neuron*, 34: 13-25, 2002.
5. Koob GF, Sanna PP, Bloom FE. Neuroscience of addiction. *Neuron* 21: 467-476, 1998a.
6. Nestler EJ. From neurobiology to treatment: progress against addiction. *Nat. Neurosci.* 5 Suppl. 1076-1079, 2002a.
7. Nestler EJ. Genes and addiction. *Nature Gen.* 26: 277-81, 2002b.
8. Spaganel R, Weiss F. The dopamine hypothesis of reward: past and current status. *Trends Neurosci.* 22: 521-527, 1999.
9. Weiss F, Ciccocioppo R, Parsons LH, Katner S, Liu X, Zorilla EP, Valdez GR, Ben-Shahar O, Angeletti S, Richter RR. Compulsive drug-seeking behavior and relapse. Neuroadaptation, stress, and conditioning factors. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 937: 1-26, 2001.
10. Di Chiara G. The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation. *Drug Alcohol Depend.* 38: 95-137, 1995.
11. Imperato A, Angelucci L, Casolini P, Zocchi A, Pugliesi-Allegra S. Repeated stressful experiences differently affect limbic dopamine release during and following stress. *Brain Res* 577: 194-199, 1992.
12. See RE, Fuchs RA, Ledford CC, McLaughlin J. Drug addiction, relapse, and amygdala. *Ann N.Y. Acad. Sci.* 985: 294-307, 2003.

13. Nava F. Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze. Ed. Franco Angeli 2004.
14. Wise RA. Addictive drugs and brain stimulation reward. *Annu. Rev. Neurosci.* 19: 319-340, 1998.
15. Koob GK. Neuronal mechanisms of drug reinforcement. *Trends Pharmacol. Sci.* 13: 171-184, 1992.
16. Wise RA, Bozarth MA. A psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychol Rev.* 94: 469-492, 1987.
17. Spaganel R, Weiss F. The dopamine hypothesis of reward: past and current status. *Trends Neurosci.* 22: 521-527, 1999.
18. O'Brein CP. A range of research-based pharmacotherapies for addiction. *Science*, 278: 66-70, 1998.
19. Robinson TW, Everitt BJ. Limbic-striatal memory system and drug addiction. *Neurobiol. Learn. Mem.* 78: 625-636, 2002.
20. Salomone JD, Cousins MS, Snyder BJ. Behavioral functions of nucleus accumbens dopamine: empirical and conceptual problems with anhedonia hypothesis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 21: 513-516, 1997. v. 21: 341-359, 1997.
21. Williams GV, Goldman-Rakic PS. Modulation of memory fields by dopamine D1 receptors in prefrontal cortex. *Nature* 376: 572-575, 1995.
22. Sarnyai Z, Shaham Y, Heinrichs SC. The role of corticotropin-releasing factor in drug addiction. *Pharmacol Rev* 53: 209-243, 2001.
23. Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Central Cortex.* 10:318-325, 2000.
24. Hyman SE, Malenka RC. Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence, *Nat. Rev. Neurosci.* 2:695-703, 2001.
25. Berke JD, Hyman SE. Addiction, dopamine, and molecular mechanism of memory. *Neuron.* 25: 515-532, 2000.
26. Koob GF, Le Moal M. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science.* 278: 52-58, 1997.
27. Kreek MJ, Koob G. Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug Alcohol Depend.* 51: 23-47, 1998.
28. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with post traumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J. Psychiatry.* 158: 1184-1190.
29. Nestler EJ. Molecular mechanisms of drug addiction. *J. Neurosci.* 12: 2439-2450, 1992.

30. Nestler EJ. Molecular neurobiology of drug addiction. *Neuropsychopharmacology*. 11: 77-87, 1994.
31. Nestler EJ, Hope BT, Widnell KL. Drug addiction: a model for the molecular basis of neuronal plasticity. *Neuron*. 11:995-1006, 1993.
32. Reid M, Hsu K, Tolliver B, Crawford C, Berger PS. Evidence for the involvement of phospholipase A₂ mechanism in the development of stimulant sensitization. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 276: 1244-1256, 1996.
33. Carlezon WA, Dumas RS, Nestler EJ. Many faces of CREB. *Trends in Neurosci*, 28: 436-445, 2005.
34. Nestler EJ. Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Rev Neurosci*, 2: 119-128, 2001.
35. Volkow ND, Fowler SJ, Wang GJ, The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest*, 111: 1444-1451, 2003.
36. Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all'addiction. La Grafica Verona, 2002.

2.2 VULNERABILITÀ E ADDICTION

LORENZO SOMAINI

Ser.T. di Cossato - Asl 12 di Biella

Sempre più numerose osservazioni epidemiologiche e cliniche indicano come gli individui possiedano un diverso rischio di sviluppare uno stato di dipendenza patologica nel momento in cui entrano in contatto con sostanze psicoattive. Queste osservazioni hanno evidenziato l'esistenza di gruppi di popolazione con diverse caratteristiche individuali, familiari e sociali che esprimono un diverso rischio, comunemente definito con il termine di "vulnerabilità" per lo sviluppo di addiction. Tale condizione clinica è sostenuta dallo stato di vulnerabilità individuale e riconosce l'intervento di fattori in ambito biologico, socio-ambientale e psichico¹.

La possibilità di sviluppare una dipendenza patologica è in genere influenzata da tre gruppi di fattori, in particolar modo da:

- ❑ l'individuo con le sue caratteristiche congenite e acquisite che lo rendono più o meno vulnerabile,
- ❑ l'ambiente con le sue caratteristiche (stressante, protettivo, incentivante l'uso ecc.),
- ❑ le caratteristiche farmacologiche intrinseche della sostanza psicoattiva d'abuso.

Inoltre, l'individuo vulnerabile, oltre ad essere più incline rispetto alla popolazione generale alla reiterazione dell'uso della sostanza al fine di sperimentare il senso di gratificazione e di piacere, ne avverte anche in modo più intenso gli effetti rispetto al resto della popolazione. Ovviamente, tutto questo non deve essere letto in chiave di una "predestinazione individuale" a diventare dipendente da sostanze di abuso, ma neanche deve essere sottovalutato o negato.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) riconosce nella dipendenza da uso di sostanze una malattia al cui interno sono presenti e/o sottese significative alterazioni neuro-chimiche, in modo non diverso da quanto caratterizza gli altri disturbi mentali. Le alterazione dell'assetto

neuro-chimico non sono solo il risultato della esposizione alle sostanze, ma spesso ne precedono l'uso, generando in parte la condizione di vulnerabilità e la predisposizione a sviluppare i disturbi da uso di sostanze. Tali alterazioni sono il risultato sia delle caratteristiche genetiche dell'individuo che dei fattori ambientali e relazionali in cui l'individuo stesso è inserito. Negli individui in cui manca o è poco rappresentata la condizione di vulnerabilità difficilmente si osserva lo sviluppo di gravi disturbi additivi. Numerosi autori hanno infatti evidenziato come il primo approccio con le droghe da parte degli adolescenti non sia dovuto esclusivamente ad una scelta libera o voluta o secondaria a pressioni da parte dei pari, ma sia anche determinato da alcune caratteristiche di natura psichica e comportamentale dell'individuo medesimo²⁻³⁻⁴.

Entrando più in profondità rispetto agli elementi costituzionali della vulnerabilità individuale possiamo suddividerli, almeno in modo grossolano, in elementi di natura genetica e non genetica.

- **Elementi di natura genetica**

Diversi studi prospettici⁵⁻⁶ hanno evidenziato come tratti del temperamento e della personalità (elementi stabili e fortemente legati al pattern genetico dell'individuo) siano alla base della predisposizione all'uso di sostanze psicoattive. Tali caratteristiche di personalità insieme ad alcune varianti genetiche in grado di modificare la neurotrasmissione monoaminergica e peptidergica cerebrale, possono essere già individuate nel bambino e contribuiscono a determinare fattori di rischio e/o di protezione per lo sviluppo di un disturbo da uso di sostanze⁷.

In particolare gli studi epidemiologici di Cloninger del 1981⁸ sull'alcolismo coinvolgenti le famiglie e quelli di Tsuang del 1998⁹ coinvolgenti gemelli hanno evidenziato come i fattori genetici facciano parte degli elementi di natura biologica dello stato di vulnerabilità. L'assetto genetico individuale non solo è in grado, come vedremo più avanti, di modificare le risposte dei diversi sistemi neurotrasmettitoriali ma è anche in grado di interferire sugli effetti delle singole sostanze di abuso modificandone la farmacocinetica e quindi anche le risposte individuali. Infatti, i polimorfismi del gene codificante per l'alcoldeidrogenasi appaiono protettivi rispetto allo sviluppo di una dipendenza da alcol come dimostrato da studi effettuati su alcune popolazioni¹⁰. L'assenza di effetti piacevoli

indotti dall'uso di sostanze alcoliche, ad esempio, scoraggerebbe l'abuso di sostanze alcoliche in queste popolazioni.

Anche i livelli di catecolamine, che sono connessi a specifici pattern genetici sembrano avere un ruolo importante nello sviluppo di fattori di rischio e/o di protezione nei disturbi da uso di sostanze, specie in relazione ad alcune caratteristiche comportamentali come l'aggressività e l'impulsività. Una diminuita trascrizione enzimatica conseguente ad una variazione genica, caratterizzata sul piano neurotrasmettitoriale da elevati livelli di catecolamine, è stata riscontrata in eroinomani con un disturbo di personalità di tipo antisociale¹¹.

Alcuni disordini comportamentali del bambino e dell'adolescente come ad esempio il deficit d'attenzione con iperattività e il disturbo della condotta, considerati ormai importanti fattori di rischio per lo sviluppo di una dipendenza patologica, sembrano associati ad un particolare polimorfismo del gene trasportatore della dopamina (DAT) e ad alcune varianti genetiche dei recettori dopaminergici in particolare il recettore D4 (DRD4) e il recettore D2 (DRD2)¹²⁻¹³. Varianti genetiche del recettore D4 (DRD4) della dopamina sarebbero altresì implicate nel rischio di sviluppare una dipendenza da alcol e in una aumentata propensione all'uso di sostanze illegali¹⁴.

Alterazioni del gene che codifica per i recettori degli oppioidi di tipo μ , sembra rappresentare una importante componente della vulnerabilità per i disturbi da uso di sostanze¹⁴. Tale sistema recettoriale sarebbe in grado di modificare i meccanismi di percezioni delle gratificazioni e la capacità dell'organismo di adattamento ad eventi stressanti attraverso una riduzione degli effetti dei peptici oppioidi.

Alcune modificazioni a carico del sistema cerebrale serotoninergico sembrerebbero implicate nel determinare tratti di personalità e/o di temperamento, dell'umore e in alcuni disturbi dell'infanzia che spesso si associano allo sviluppo nel tempo di una dipendenza da sostanze psicoattive. In particolar modo, diversi studi effettuati sui polimorfismi del trasportatore della serotonina, hanno evidenziato come la presenza di un genotipo SS si associ a caratteristiche comportamentali e psichiche quali un ridotto piacere e coinvolgimento in attività di gioco strutturate e a facilità alle emozioni negative, ecc¹⁶. La stessa variante genica è anche stata evidenziata in associazione a stati ansiosi e a quelli depressivi ed una diminuita capacità di controllo comportamentale in soggetti con storia

familiare di alcolismo, e riportata nel disturbo deficit di attenzione con iperattività e nel comportamento di tipo aggressivo¹⁷⁻¹⁸.

Anche modificazioni genetiche del sistema recettoriale GABA, rappresenterebbero dei fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi additivi in particolar modo nelle forme di alcolismo di tipo deviante ed antisociale.

Da quanto descritto precedentemente emerge come lo sviluppo di uno stato di vulnerabilità all'addiction sia l'esito di un intreccio di varianti geniche complesse, che, nel loro insieme e influenzandosi a vicenda, contribuiscono alla propensione dell'individuo all'uso di sostanze psicoattive e al conseguente rischio di sviluppare una dipendenza patologica¹⁹.

- **Elementi di natura non genetica**

Diverse condizioni ambientali e socio-culturali possono rappresentare condizioni di svantaggio e fattori di rischio per l'insorgenza dell'addiction, come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2004. Un ruolo importante in tal senso viene ricoperto dal periodo della gravidanza che sembra lasciare tracce importanti nella futura evoluzione dell'individuo specie per la sua struttura di personalità e nei meccanismi emozionali e relazionali. Gli studi sull'animale da esperimento hanno evidenziato come l'esposizione allo stress durante la gravidanza da parte della madre possa incidere sul comportamento della futura prole: l'esposizione al sovraffollamento durante la gravidanza ha evidenziato, in animali da esperimento, come esito una ridotta aggressività nella prole di sesso maschile, forse per effetto degli steroidi liberati dalla madre nelle settimane precedenti il parto²⁰. In modo analogo, sempre in animali da esperimento, lo stress da immobilizzazione subito dalla madre durante la gravidanza, pare essere in grado di indurre significative alterazioni nella produzione di monoamine cerebrali della prole specie di sesso maschile.

Anche un attaccamento parentale inadeguato (insicuro e/o disorganizzato) nei primi mesi di vita rappresenterebbe un fattore di rischio per l'insorgenza di alcuni tratti comportamentali come l'impulsività e l'aggressività²¹. Infatti, la capacità del bambino di dilazionare la fruizione delle gratificazioni appare essere direttamente proporzionata all'intensità dell'attaccamento²². Difficoltà nell'accettare di rimandare la fruizione delle gratificazioni sono state rilevate in bambini con deficit di attenzione ed iperattività, che sviluppano successivamente difficoltà nell'apprendimento e

nelle relazioni sociali e nei tossicodipendenti sottoposti a test comportamentali²³. Le problematiche psichiatriche, gli abusi di sostanze, quelli fisici o sessuali sarebbero in grado di determinare modificazioni a carico delle funzioni delle monoamine cerebrali, dei peptici e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, costituendo fattori predisponenti all'uso di sostanze. Anche le deprivazioni sul piano sociale sembrano influenzare in modo importante il comportamento del futuro nascituro: individui esposti ad un severo stato di malnutrizione sofferto dalla gestante durante i primi sei mesi di gestazione presentavano un aumento del rischio per lo sviluppo di disturbi di personalità antisociale; tale rischio non veniva evidenziato nei soggetti nati da madri esposte a stati di malnutrizione nell'ultimo trimestre di gestazione²⁴.

Un ruolo importante nello sviluppo di uno stato di vulnerabilità per l'addiction viene rivestito anche dalla genitorialità. Uno stile educativo inappropriato, o inadeguato alla personalità e/o al temperamento del bambino rappresenta uno dei fattori di rischio più significativi, al contrario una buona genitorialità con coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli, con elevati livelli di accettazione assumono un ruolo di fattori protettivi²⁵. La famiglia cosiddetta caotica, all'interno della quale sono presenti disturbi psichiatrici o membri portatori di dipendenza da sostanze e/o situazioni di abuso, con una modalità di comunicazione assente o patologica, costituisce un fattore di rischio importante per lo sviluppo di addiction²⁶.

Anche l'ambiente scolastico può rivestire un ruolo protettivo o di rischio per il futuro sviluppo dell'addiction: un buon coinvolgimento nell'attività scolastica, uno stile interattivo con una buona relazione tra educatori e giovani consentono alla scuola di avere un ruolo protettivo²⁷.

Un discorso a parte merita la presenza di pregressi disturbi psichiatrici. Livelli elevati di ansia, disturbi dell'umore, sintomi da iper-attività e deficit di attenzione e disturbi della condotta sono stati messi in evidenza in adolescenti nei dodici mesi che hanno preceduto l'uso di sostanze²⁸. Tali disturbi risultano essere maggiormente rappresentati in soggetti con uso problematico o in quelli che hanno sviluppato successivamente una dipendenza patologica. Una precisa associazione cronologica tra i disturbi da uso di sostanze e i disturbi dell'umore o comportamentali è stata evidenziata anche da Wilens nel 1997²⁹, dove l'esordio della psicopatologia precedeva almeno di un anno quello della dipendenza da sostanze. Alcune recenti stime ci indicano che nel circa 60% dei casi di adolescenti utilizzatori di sostanze all'esordio era presente anche un concomitante disturbo

psichiatrico³⁰. Numerose risposte neuroendocrine a stimoli farmacologici sperimentali, sembrano essere alterate anche a distanza di tempo dalla cessazione dell'uso di sostanze in rapporto a disturbi psichiatrici che hanno accompagnato il paziente prima e durante lo sviluppo del disturbo additivo. Questi studi hanno evidenziato come tali alterazioni neurobiologiche siano presenti nei soggetti depressi, in quelli con disturbo antisociale di personalità, negli ansiosi, a differenza di quanto si verifica per quelli che non sono affetti da comorbidità psichiatrica aprendo la strada a considerare tali disturbi di natura più strutturale e cioè costitutivi del disturbo additivo.

In questa ottica la presenza dei due disturbi non rappresenta una associazione e/o un sovrapporsi di malattia ma un intreccio evolutivo complesso tra le problematiche psichiche dell'individuo e gli effetti delle sostanze psicotrope. Inoltre, in considerazione del fatto che tutte le sostanze psicotrope sono in grado di indurre marcati cambiamenti psichici e comportamentali con possibilità di provocare dipendenza, in una elevata percentuale di individui la presenza di una vulnerabilità psichiatrica rafforza il comportamento additivo con il fine dell'automedicazione e/o di auto cura³¹. In tal modo il miglioramento di alcune problematiche psichiatriche attraverso l'uso di droghe (cocaina: transitorio controllo dell'impulsività; ecstasy: vantaggi sulla depressione; alcol; miglioramento degli stati ansiosi ecc) determina nel tempo il rafforzamento del rapporto con le sostanze di abuso fino allo sviluppo di una vera e propria dipendenza patologica e lo sviluppo di un quadro clinico più complesso e con prognosi statisticamente peggiore.

BIBLIOGRAFIA

1. Bergeret J. La personalità normale e patologica. Raffaello Cortina Ed., Milano 1984.
2. Wills TA, Vaccaio D, McManara G, Hirky AE. Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J Abnorm Psychol* 105 (2): 166-180; 1996.
3. Gerra G, Zaimovic A, Rizzi O, Timpano M, Zambelli U, Ventimiglia U. Substance abuse among high-school students: relationship with social coping and temperament. *Bulletin of Narcotics UNDCP*, vol LI Nos 1-2 pp. 75-96, 1999.

4. Gerra G, Angioni L, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bertacca S, Santoro G, Gardini S, Caccavari R, Nicoli MA. Substance use among high-school students: relationship with temperament, personality traits, and parental care perception. *Subst. Use Misuse*. Jan; 39(29): 345-367, 2004.
5. Wills TA, Sandy JM, Yaeger A, Shinar O. Family risk factors and adolescent substance use: moderation effects for temperamental dimension. *Dev Psychol* May; 37(3): 283-97, 2001.
6. Caspi A, Begg D, Dickson N, Harrington H, Langley J, Moffitt TE, Silva PA. Personality differences predicts health-risk behaviors in young adulthood: evidence from a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. Nov; 73(5): 1052-63, 1997.
7. Auerbach J, Geller V, Lezer S, Shinwell E, Belmaker RH, Levine J, Ebstein R. D. Dopamine D4 (DRD4) and serotonin transporter promoter gene (5-HTTLPR) with temperament in 12-month-old-infants. *Mol Psychiatry*. 4(4):369-73, 1999.
8. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry*. Aug; 38(8): 861-8: 1981.
9. Tsuang MT, Lyons MJ, Meyer JM, Doyle T, Eisen SA, Goldberg J, True W, Lin N, Toomey R, Eaves L. Co-occurens of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Arch Gen Psychiatry*. Nov; 55(11): 967-72, 1998.
10. Chen WJ, Loh EW, Hsu YP, Chen CC, Yu MJ, Chen AT. Alcohol-metabolising genes and alcoholism among Taiwanese Ham men: independent effect of ADH2, ADH3 and ALDH2. *Br J Psychiatry*. Jun; 168(6): 762-7, 1996.
11. Gerra G, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bubici C, Mossini M, Raggi MA, Brambilla F. Aggressive respondig in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. Jan; 28(1): 129-139, 2004.
12. Ebstein RP, Zohar AH, Benjamin J, Belmaker RH. An update on molecular genetic studies of human personality traits. *Appl Bioinformatics*. 1(2): 57-68, 2002.
13. Langley K, Marshall L, van den Bree M, Thomas H, Owen M, O'Donovan M, Thapar A. Association of the dopamine D4 receptor gene 7-repeat allele with neuropsychological test performance of children with ADHD. *Am J Psychiatry*. Jan; 161(1): 133-8, 2004.

14. George FR. Genetic models in the study of alcoholism and substance abuse mechanisms. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. May; 17(3): 345-61, 1993.
15. Szeto CY, Tang NL, Lee DT, Stadlin A. association between mu opioid receptor gene polymorphisms and Chinese heroin addicts. *Neuroreport* May 8; 12(6): 1103-6, 2001.
16. Auerbach JG, Faroy M, Ebstein R, Kahana M, Levine J. the association of the dopamine D4 receptor gene (DRD4) and the serotonin transporter promoter gene (5-HTTLPR) with temperament in 12-month-old infants. *J Child Psychol Psychiatry*. Sep;; 42(6): 777-83, 2001.
17. Cadoret RJ, Langbehn D, Caspers K, Troughton EP, Yucius R, Sandhu HK, Philibert R. Associations of the serotonin transporter promoter polymorphism with aggressivity, attention deficit, and conduct disorder in an adopted population. *Compr Psychiatry*. Mar-Apr; 44(2): 88-101, 2003.
18. Twitchel GR, Hanna GL, Cook EH, Stoltenberg SF, Fitzgerald And HE, Zucker RA. Serotonin transporter promoter polymorphism genotype is associated with behavioral disinhibition and negative affect in children of alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. Jul; 25(7): 953-9, 2001.
19. Kreek MJ, Nielsen DA, LaForge HS. Gene associated with addiction: alcoholism, opiate, and cocaine addiction. *Neuromolecular Med*. 5(1): 85-105, 2004.
20. Harvey PW, Chevins PF. Androstenedione or corticosterone treatment during pregnancy alters estrous cycle of adult offspring in mice. *Experimentia*. April 15; 41(4): 492-4, 1985.
21. Gomez R, Gomez A, DeMello L, Tallent R. Perceived maternal control and support: effects on hostile biased social information processing and aggression among clinic-referred children with high aggression. *J Clin Psychol Psychiatry*. May; 42(4): 513-22, 2001.
22. Jacobsen T, Huss M, Fendrich M, Kuruksi MJ, Ziegenhain U. Children's ability to delay gratification: longitudinal relations to mother-child attachment. *J Genet Psychol* Dec; 158(4): 411-26, 1997.
23. Kirby KN, Petry NM, Bickel HW. Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *J Exp Psychol Gen*. Mar; 128(1): 78-87, 1999.
24. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Guite J, Tsuang MT. Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity

- disorder: issue of gene-environmental interaction. *Biol Psychiatry* Jan 1; 41(1): 65-75, 1997.
25. Brook JS, Nomura C, Cohen P. Prenatal, perinatal, and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. May; 115(2): 221-241, 1989.
 26. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implication for substance abuse prevention. *Psychol Bull* Jul; 112(1): 64-105, 1992.
 27. Hansen WB. School-based substance abuse prevention: a review of the state of art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res*. Sep; 7(3): 403-30, 1992.
 28. Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*. Jun; 111(6Pt1): e 699-705, 2003.
 29. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* Aug; 185(8): 475-82, 1997.
 30. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*. Dec; 70(6): 1224-39, 2002.
 31. Khantzian EJ. Self-medication hypothesis of substance abuse disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. Jan-Feb; 4(5): 231-44, 1997.

2.3 LA TEORIA PSICOBIOLOGICA DELLA PERSONALITÀ SECONDO CLONINGER

LORENZO SOMAINI

Ser.T. di Cossato - Asl 12 di Biella

I diversi tratti di personalità rappresentano una variante dei comportamenti individuali e possono riflettere una differente funzionalità cerebrale, ma la loro spiegazione da un punto di vista neurobiologico è ad oggi ancora poco definita e rappresenta argomento di dibattito tra gli specialisti del settore. Cloninger, nel suo modello neuro-biologico d'apprendimento¹⁻², che è frutto di studi psicometrici, genetici, neuro-farmacologici e neuro-comportamentali, svolti sulla popolazione generale, riconosce alla base della personalità normale e patologica, tre dimensioni fondamentali del temperamento. Sebbene questa teoria sia supportata da studi fisiologici e genetici, è ancora poco chiaro come questi parametri di personalità siano correlati con l'attività dei “*networks*” corticali che controllano il comportamento umano.

La personalità è un sistema gerarchico complesso che può essere suddiviso in distinte dimensioni psicobiologiche del temperamento e del carattere³.

Il temperamento rappresenta una disposizione biologica che deriva da un substrato genetico o costituzionale, che sottintende il livello di energia e la qualità dell'umore.

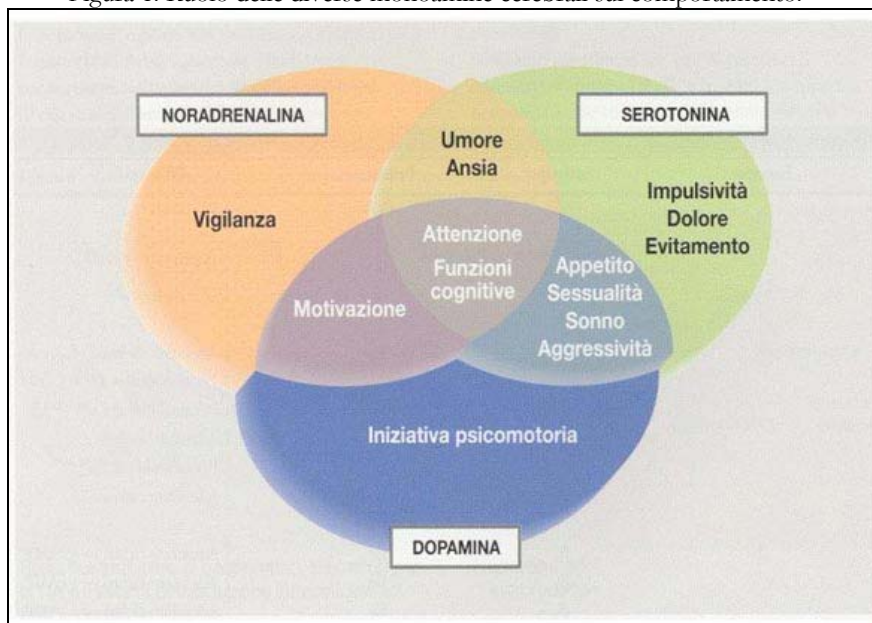
Il carattere, invece, è l'insieme delle qualità personali che permettono l'adesione dell'individuo ai valori ed ai costumi della società e rappresentano le caratteristiche acquisite che originano dalle esperienze dell'età evolutiva all'interno della struttura familiare.

Mentre le dimensioni del temperamento si ritiene siano ereditabili e neuro-biologicamente determinate, le diverse dimensioni del carattere sarebbero influenzate dai diversi fattori socio-culturali di appartenenza dell'individuo. Inoltre, secondo l'autore, i tratti del temperamento

rappresentano livelli di reattività emotiva ad affrontare le esperienze della vita, mentre i tratti del carattere sono definiti come le percezioni del sé, distinte da individuo a individuo, in termini di valori ed obiettivi, in grado di influenzare le scelte volontarie, le intenzioni e il significato delle esperienze della vita.

Seconda la teoria postulata da Cloninger, ognuna delle suddette dimensioni sarebbe correlata, da un punto di vista funzionale, con l'attività di un particolare sistema neurotrasmettitoriale monoaminergico (dopaminergico, serotoninergico, nor-adrenergico) a livello del sistema nervoso centrale che caratterizza a sua volta alcuni aspetti del comportamento dell'individuo (Figura 1).

Figura 1: Ruolo delle diverse monoamine cerebrali sul comportamento.



In particolar modo, il sistema in grado di determinare una “attivazione comportamentale” sarebbe regolato, o meglio modulato, dal sistema neurotrasmettitoriale dopaminergico (Figura 2), quello in grado di determinare una “inibizione comportamentale” da quello serotoninergico (Figura 3) e quello in grado di determinare una “perseverazione comportamentale” da quello nor-adrenergico (Figura 4).

Figura 2: Proiezione dei neuroni dopaminergici nel sistema nervoso centrale

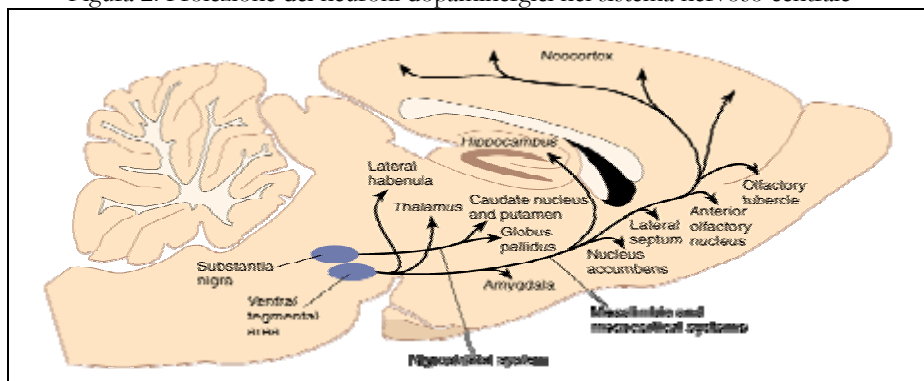


Figura 3: Proiezioni dei neuroni serotoninergici nel sistema nervoso centrale.

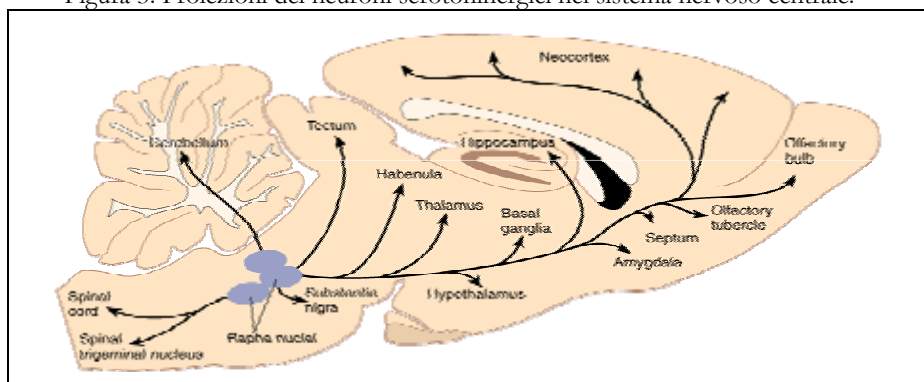
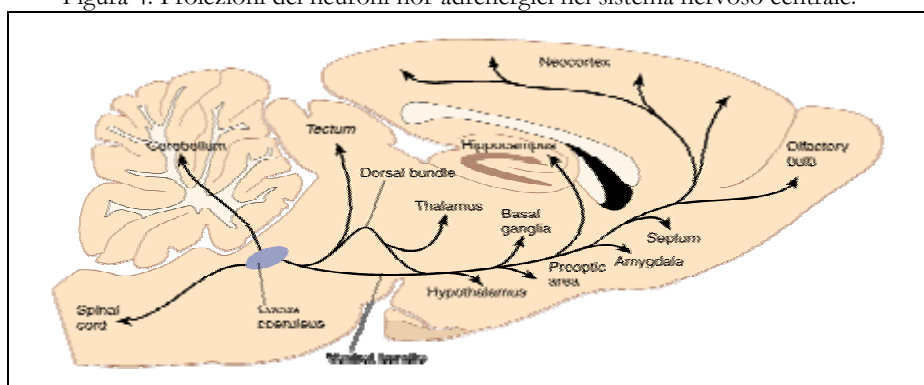


Figura 4: Proiezioni dei neuroni nor-adrenergici nel sistema nervoso centrale.



Le variazioni, in eccesso o in difetto, di queste dimensioni possono essere rappresentate nei diversi disturbi di personalità, classificati secondo il DSM.

Cloninger in una fase iniziale individua tre dimensioni temperamentali:

- ***novelty seeking*** (ricerca della novità)
associato al tono dopaminergico
- ***harm avoidance*** (evitamento del danno)
associato al tono serotoninergico
- ***reward dependence*** (dipendenza dalla ricompensa)
associato al tono nor-adrenergico
- ***persistence*** (persistenza)

In particolar modo, la dimensione di *novelty seeking* identifica il bisogno di eccitamento in risposta a nuovi stimoli, il bisogno compulsivo di sensazioni nuove, con caratteristiche di comportamento esplorativo e di presa di rischio. Fanno parte di tale dimensione anche l'impulsività, la necessità di anticipazione delle gratificazioni con caratteristiche di evitamento delle frustrazioni. I correlati biologici di tale dimensione sono rappresentati da un tratto ipo-dopaminergico⁴⁻⁵ associato all'allele DRD4*7R, al locus del recettore D4 della dopamina⁶ e una maggiore densità del DAT (trasportatore della dopamina) nello spazio sinaptico, responsabile di un eccessivo reuptake presinaptico della dopamina⁷.

La dimensione *harm avoidance*, invece, è caratterizzata dalla propensione ad apprendere l'inibizione dei comportamenti che possono indurre pericolo, con tendenza ereditaria ad imparare ad evitare le punizioni, le novità e le frustrazioni, con preoccupazione pessimistica per l'anticipazione dei problemi futuri e rapido affaticamento. In particolare un elevato evitamento del pericolo si manifesta negli stati depressivi⁸, mentre una riduzione del tratto è stato riscontrato negli ecstasy-user come evidenziato da Schifano nel 2000⁹. I correlati biologici e genetici di tale dimensione sono rappresentati da un tono ipo-serotoninergico⁴ e da una alterazione del gene trasportatore della serotonina.

La dimensione della *reward dependence* è caratterizzata dalla tendenza a rispondere intensamente agli stimoli gratificanti, ai segnali di ricompensa, ai segnali di approvazione sociale, con una dipendenza dalla approvazione altrui, sentimentalismo e attaccamento sociale. L'individuo con tale dimensione temperamentale, presenta un ritardo nell'estinzione dei

comportamenti correlati alla ricompensa e/o all'evitamento della punizione, evidenziando un correlato biologico di tipo ipo-noradrenergico⁴⁻¹⁰.

Il modello neurobiologico di Cloninger è stato negli anni ulteriormente ampliato (seven factors model) con l'introduzione di una quarta dimensione temperamentale, la *persistenza*, in rapporto alla perseveranza nella fatica e nella frustrazione, definibile come determinazione nel raggiungimento degli obiettivi, in parte estratta dalla reward dependance (four dimensional model).

Tale modello negli anni è stato ulteriormente implementato attraverso l'introduzione di tre specifiche dimensioni caratteriali, ossia:

- ❑ ***self-directedness*** (auto-direttività)
- ❑ ***cooperativeness*** (cooperatività)
- ❑ ***self-transcendence*** (auto-trascendenza)¹¹.

È interessante notare come la presenza di alterazioni funzionali delle tre dimensioni del carattere induca l'insorgenza di un disturbo di personalità. Infatti, le dimensioni caratteriali con caratteristiche di bassa auto-direttività e bassa cooperatività rappresentano aspetti centrali di tutti i disturbi di personalità. Inoltre, la presenza di alterazioni funzionali delle dimensioni temperamental condiziona l'insorgenza di un specifico tipo di disturbo.

I cluster in cui si è soliti raggruppare i disturbi di personalità all'interno del DSM presentano peculiari aspetti temperamental. In particolare, i soggetti con disturbi di personalità di Cluster A hanno la caratteristica di possedere una bassa reward dependance, mentre quelli di Cluster B un elevato novelty seeking e quelli di Cluster C un'alta harm avoidance. Le dimensioni temperamental sembrerebbero correlate a specifici neurotrasmettitori mentre, quelle caratteriali sarebbero maggiormente correlate a particolari assetti socio-psicologici. Tutto ciò ha avvallato, anche se in senso teorico, il trattamento multimodale integrato, che sostiene la assoluta complementarietà fra i trattamenti psicoterapeutici e quelli di impronta psicofarmacologica, correttamente combinati, nel trattamento dei pazienti con disturbi di personalità¹².

Partendo da tali osservazioni, Cloninger nel 1993¹¹ ha messo a punto un test psicometrico, il Temperamental and Character Inventory (TCI), che ormai è utilizzato correntemente anche nell'ambito dell' addiction. Tale indagine psicometrica è composta da 226 risposte vero/falso ed esplora le quattro dimensioni del temperamento e le tre del carattere. Ognuna delle

dimensioni del temperamento e del carattere è a sua volta scomponibile in sotto-scale, che ne permettono una più precisa e fine caratterizzazione del tratto. Andando ad analizzare con tale metodica i soggetti abusatori di sostanze psicoattive è stato possibile individuare alcuni specifici pattern in relazione alle diverse dimensioni temperamentali. In particolare:

- ❑ Un elevato punteggio di Novelty seeking caratterizza i consumatori di ecstasy;
- ❑ Un elevato punteggio di Harm avoidance caratterizza gli etilisti cronici;
- ❑ Un elevato punteggio di Novelty seeking caratterizza gli etilisti ad esordio precoce;
- ❑ Un elevato punteggio di Novelty seeking caratterizza gli eroinomani che abusano di cocaina in corso di trattamenti sostitutivi;
- ❑ Un elevato punteggio di Novelty seeking e un basso punteggio di cooperativeness caratterizza gli eroinomani poor responder in corso di trattamenti sostitutivi.

L'impiego clinico del TCI ha avuto almeno nell'ultimo decennio un notevole incremento. È stato inoltre dimostrato che i quattro tratti temperamentali e i tre caratteriali sono geneticamente ereditabili, con una distinzione netta in gemelli omozigoti ed eterozigoti. Le situazioni di maggior impiego di tale valutazione psicometrica sono state quelle legate a processi di diagnosi differenziale nei disturbi psichiatrici. Viene considerato un utile strumento di assessment per le forme cliniche di comorbidità. Permette inoltre di individuare differenti gradi di risposte terapeutiche per disturbi come la depressione e l'ansia. La valutazione dei tratti del carattere sono stati impiegati invece nella misura delle risposte in psicoterapia.

Nella clinica delle dipendenze patologiche i campi di impiego del TCI sono stati progressivamente sempre più numerosi. Sono stati associati tratti del temperamento a vari profili di gravità della tossicomania, al poliabuso di sostanze psicotrope e all'individuazione di tratti predittivi dell'outcome terapeutico. Lo stesso Cloninger attraverso l'utilizzo del TCI è riuscito a distinguere le forme di dipendenza alcolica di natura culturale da quelle di tipo ereditario permettendo la classificazione dell'alcolismo in quello di Tipo I e di Tipo II.

BIBLIOGRAFIA

1. Cloninger CR. A systematic model for clinical description and classification of personalità variants. *Arch. Gen. Psychiatry* 44:579-588, 1987.
2. Cloninger C.R, Marin RL, Guze SB, Clayton PJ. The empirical structure of psychiatric comorbidity and its theoretical significance. In: Masser JD, Cloninger CR (eds) *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. American Psychiatric Press, Washington-London, 439-62, 1990.
3. Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol* Apr; 4(2): 266-73, 1994.
4. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety state. *Psychiatr Dev. Autumn*; 4(3): 167-226, 1986.
5. Gerra G, Avanzini P, Zaimovic A, Sartori R, Bocchi C, Timpano M, Zimbelli U, Del signore R, Gardini F, Malarico E, Brambilla F. Neurotransmitters, neuroendocrine correlates of sensation-seeking temperament in normal human. *Neuropsychobiology* May; 39(4): 207-13, 1999
6. Ebstein RP, Novick O, Umansky R, Priel B, Osher Y, Blaine D, Bennett ER, Nemanov L, Katz M, Belmaker RH. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with human personality trait of Novelty Seeking. *Nat Genet* Jan; 12(1): 78-80, 1996.
7. Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsive and drive: involvement of orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex* 10: 318-325, 2000.
8. Chien AJ, Dunner DL. The tridimensional Personality Questionnaire in depression: state versus trait issues. *J Psychiatr res* Jan-Feb; 30(1): 21-7, 1996.
9. Schifano F. potential human neurotoxicity of MDMA ("Ecstasy"): subjective self-reports, evidence from an Italian drug addiction centre and clinical case studies. *Neuropsychobiology* 42(1); 25-33, 2000.
10. Garvey MJ, Noyes R Jr, Cook B, Blum N. Preliminary confirmation of proposed link between reward-dependence traits and nor-epinephrine. *Psychiatry Res. Nov* 1; 65(1): 61-4, 1996.
11. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 975-90, 1993

12. Manna V, Mescia G, Ferrone MC, Giordano MA. Ouroboros il serpente alchemico. Verso l'integrazione tra psicoterapia e farmacoterapia nel trattamento dei disturbi mentali correlati all'abuso di sostanze. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2: 209-17, 1998.

2.4 CRESCERE NELLA SOCIETÀ DEI CONSUMI

STEFANO LAFFI

Dipartimento delle Dipendenze – ASL della Provincia di Varese

L'IPOTESI INTREPRETATIVA

È opinione comune, largamente condivisa nella letteratura sociologica di diversi paesi e di scuole differenti [Adorno, Galbraith, Baudrillard, Lasch], che nel sistema dei valori e nelle pratiche di vita quotidiana sia avvenuto da molti anni un passaggio fondamentale: questa è la società del consumo e non più del lavoro; la cittadinanza si gioca sull'accesso ai beni di consumo assai più che sul sistema dei diritti e dei doveri; la sfera dei desideri individuali e collettivi e non tanto la soddisfazione dei bisogni primari fa da orizzonte di riferimento al senso comune. O in altri termini, questa è un'epoca elettiva e non prescrittiva, che ha sancito, come diritto fondamentale, la possibilità di scegliere (sul piano etico, persino su quello religioso, non solo al supermercato), di avere non tanto ciò che è giusto, ma ciò che si desidera.

Proviamo a ricostruire la matrice di questa condizione comune, antropologicamente nuova, per riconoscere quanto serve a guidare anche la comprensione del rapporto con le sostanze e delle strategie di intervento.

PROLOGO

Trent'anni fa, Pierpaolo Pasolini registrava nelle sue Lettere Luterane, più lucidamente di chiunque altro, l'enorme ipoteca che avrebbe condizionato qualunque tentativo di promuovere la fantasia delle più giovani generazioni. La mutazione antropologica, l'omologazione culturale, fisica e persino somatica che Pasolini denunciò fu sorprendentemente stigmatizzata non come il rischio di un processo in corso, ma come il fotogramma finale di un'evoluzione ormai già compiuta. La convergenza

verso una monocultura borghese, urbana, profondamente materialista e consumista era l'imbuto in cui lui vide precipitata la varietà antropologica e culturale che questo paese aveva alle spalle.

Molto lontano da qui, in Canada, con grande lucidità e senza l'indignazione di Pasolini, si diffondeva l'analisi di McLuhan che rileggeva il mito di Narciso come "amore degli aggeggi" e spiegava, senza sdegno e senza incanto, che la tecnologia è da sempre estensione di noi stessi, autoamputazione dei nostri organi. Dalla tecnologia dipendiamo, non è lei che serve noi, ma il contrario; siamo – scriveva McLuhan – l'organo sessuale delle macchine, come lo è l'ape per il mondo vegetale.

Il sociologo canadese intuì, quindi, che il nostro sogno di potenza regalato e realizzato dalla tecnologia è in realtà un nuovo legame di *dipendenza*. Il tema della dipendenza dalla tecnologia, in senso esteso dai nuovi consumi, scambiata per potenza o onnipotenza, è ricorrente in alcuni dei maggiori critici della cultura del '900 [Anders, Illich]. È un processo di infantilizzazione [Jonas], dalla rivoluzione industriale in poi ad ogni generazione cresce il livello di dipendenza della popolazione perché c'è bisogno di più strumenti per fare le stesse cose. O, in altri termini, si è progressivamente intensificato il livello di intermediazione operato da merci (beni e servizi) fra le persone e quello che intendono fare.

Quelle di Pasolini e McLuhan erano forse letture profetiche dei mutamenti in corso. Allora l'Italia aveva appena cominciato a fare dell'automobile un bene di massa, a concedersi frigorifero e televisore nella maggior parte delle case, ... Quanto alle droghe, nonostante la rappresentazione odierna degli anni '70 come epoca di trasgressioni e libertà, figlie della contestazione studentesca del '68, ricordiamo che una famosa inchiesta del 1975 sul consumo di droga nelle scuole secondarie di Roma documentò con un rigore inedito in questo campo il dato relativo ad un ampio campione di studenti, facendo emergere un quadro epidemiologico che oggi fa sorridere: rispose di consumarne "abituamente" lo 0,8%, "qualche volta" l'1,8%, "una volta" l'1,1%. Ovvero, su 2.200 soggetti compresi fra i 15 e i 18 anni e frequentanti licei e istituti della capitale, per esempio, solo 11 fra occasionali e regolari fumavano derivati della canapa.

I loro figli, oggi, sarebbero oltre 700 prendendo il dato di prevalenza dichiarata dalla popolazione scolastica nazionale di pari età, con una proporzione – 70 a 1 – che forse misura la differenza nei livelli di consumo degli stili di vita a 30 anni di distanza. Nel frattempo, le famiglie sono

diventate “multiset” e per ciascuna ci sono più automobili, più televisioni, più telefoni, ecc. C'è un nesso fra l'omologazione denunciata da Pasolini, l'invasione delle merci tecnologiche osservata da McLuhan e il boom negli anni a venire nei consumi di sostanze?

LA MUTAZIONE

Annotiamo alcuni processi, per riconoscere la natura di quel legame. L'esposizione pubblicitaria, ad esempio: in Italia a metà degli anni '80 nasce la tv commerciale, e dagli anni '90 in poi tutta la televisione è commerciale, compresa quella pubblica, nel senso che il palinsesto diventa una combinazione di contenuti disegnati sul profilo dello spettatore, identificato come target da offrire agli inserzionisti pubblicitari. A partire dagli anni '80, si afferma, in sostanza, la legittimità di un “assedio sensoriale” che non aveva precedenti, in termini di peso della pubblicità nella comunicazione pubblica, e che è ora così evidente ed abituale da non essere quasi notato: si pensi alla frequenza di spot all'interno della programmazione delle radio commerciali, alla presenza crescente della pubblicità sulla carta stampata e sulla cartellonistica, alle innovazioni nei supporti (cartelloni a rotazione, schermi pubblicitari nei luoghi di sosta), nei contratti (tariffe ridotte sui beni di consumo a patto di esposizione a messaggi pubblicitari), nei formati (televendite, spot brevi e lunghi, sponsorizzazioni di eventi, ecc.), nelle strategie di marketing (il legame di personaggi famosi o brani musicali di successo con marche e prodotti) e di advertising (la pubblicità occulta o palese nei film).

L'obbligo di comunicare che di pubblicità si tratta – e non del film, del programma, dell'informazione – è forse il segno più evidente di questo rischio di fusione dei messaggi e dei formati, in un flusso comunicativo che è sempre più indistinto e denso. È come dire che un adolescente di oggi, nato all'inizio degli anni '90, ha una memoria e un allenamento sensoriali radicalmente diversi da quelli delle generazioni precedenti. Quella attuale è una generazione segnata dall'esposizione pubblicitaria e da sollecitazioni nuove, forse come per gli adolescenti dei decenni precedenti era stata l'oralità dei racconti di nonni e genitori e una vita più di strada.

Quello stesso adolescente nasce, cresce e vive in una famiglia diversa. Dalla metà degli anni '60 finisce in Italia il boom demografico e negli anni '80 il modello di fecondità vira progressivamente verso il figlio unico. Come

a dire che sono sempre di più coloro che crescono senza fratelli, senza cugini, ovvero per lo più privi di due principi regolatori che erano stati in passato determinanti nei processi formativi: la condivisione nel bisogno e la cura dell'altro. Al contrario, il figlio, sempre più unico, diventa la base stretta di una piramide demografica che appare per la prima volta rovesciata: sopra di lui due genitori, o anche più (perché nel frattempo gli italiani scelgono il divorzio e ancora di più la separazione), quattro nonni (che vivono sempre di più e sempre meglio), o anche più, ovvero una quantità di affetti e attenzioni straordinaria, la promessa e l'incanto dell'abbondanza.

Tutto questo perché, fra i cambiamenti degli anni '80, ci sono anche i nuovi livelli di benessere, ovvero l'incremento dei livelli di reddito pro capite che ascrivono l'Italia a paese ricco, dopo gli anni dello sviluppo. E siccome le origini della nostra popolazione erano per molti modeste, da ex poveri gli italiani tendono a materializzare il benessere, a dar prova tangibile del successo raggiunto. Per un meccanismo di inerzia facilmente riconoscibile, non sono gli adulti a cambiare radicalmente il proprio stile di vita – ci si concede al più qualche lusso – ma sono le nuove generazioni a crescere con i confort che gli adulti stessi ora possono e vogliono garantire loro, festeggiando l'abbondanza, laddove c'è.

C'è poi qualcosa da farsi perdonare, ed è la propria assenza. Perché i genitori ci sono sempre meno accanto ai figli e le madri accedono al mercato del lavoro extradomestico come mai prima. Il senso di colpa porta a risarcire la propria assenza in attenzioni serali, finesettimanali e soprattutto in doni, ovvero merci.

Le merci stesse cambiano, perché le trasformazioni demografiche e sociali finiscono per intrecciarsi e colludere con quelle economiche. I livelli di produttività crescono, l'industria vive sempre meno il problema del reperire forza lavoro come era stato nell'età dello sviluppo e sempre più quello di vendere quanto ormai si è in grado di produrre, crescono fino a diventare centrali le funzioni legate al marketing e alla vendita, rispetto a quelle strettamente connesse alla produzione. In un sistema in cui la domanda supera l'offerta si vende tutto quello che si produce, ma quando vale il contrario scatta la necessità di convincere, promuovere, indurre.

È un cambio di paradigma culturale, dato il peso dell'economia nella vita quotidiana: il codice comunicativo dominante diventa quello seduttivo, il codice prescrittivo e quello informativo vanno in minoranza. Le conseguenze della trasformazione si sentono tanto nella sfera pubblica quanto in quella intima delle relazioni familiari, il principio di autorità, la

verticalità pedagogica, la comunicazione ad una via vengono messe in crisi: d'ora in poi chiunque si rivolge ad un pubblico – dall'insegnante al leader politico – deve convincere, soddisfare, garantire benessere. E chi vive sotto questo paradigma cresce nella fantasia della sovranità del consumatore/figlio, sotto l'idea che il mondo gli venga incontro.

È così che finisce il tempo degli standard e si afferma quello della personalizzazione di beni e servizi. Le merci diventano allora la risposta non ai bisogni – rispetto ai quali gli uomini si somigliano – ma ai desideri, che differenziano assai più l'umanità e consentono di moltiplicare l'offerta: modelli, optional, colori, edizioni..., la produzione materiale sembra promettere di poter offrire a ciascuno il suo, e quando i beni di consumo tradiscono la loro natura seriale e l'impossibilità di una vera differenziazione ad personam, è il servizio che vi si allega (numeri verdi, assistenza, consulenza, ecc.) a rifondare lo slogan "a ciascuno il suo".

Si instaura una sorta di regime ludico, estetico e sensoriale, che finisce per prevalere sul piano razionale e su quello etico nei processi di scelta e di guida all'azione: le decisioni di acquisto e nuove sfere dell'agire sociale vengono spostate nel senso comune dall'interrogativo 'a cosa mi serve?' (evidentemente più selettivo e meno accondiscendente in una situazione di abbondanza) a quello risolto nella domanda 'mi piace?', dove la volubilità è sovrana e la possibilità di acquistare/fare l'inutile è legittima. In breve, in una società del consumo il primo principio della costituzione è divertirsi e la ricerca del piacere è un compito primario. Come è stato scritto in uno dei testi più lucidi sulla mutazione degli anni '70 e '80 [Lasch], "il clima contemporaneo è terapeutico, non religioso", in assenza di futuro e nell'indifferenza per il passato si cerca non la salvezza o il ritorno alle origini ma il benessere personale, la realizzazione individuale.

LA PEDAGOGIA DEL CONSUMO

Alcune delle trasformazioni osservate investono tutta la società e hanno carattere trasversale, altre invece si concentrano sulle prime fasce di età della popolazione. Il marketing si accorge dei processi sociali in corso e coglie le potenzialità dei target più giovani: bambini e ragazzi sono coloro che hanno più tempo di consumo, formano più rapidamente nuove competenze d'uso, sono meno conservatori e più attratti dal nuovo, hanno, dal punto di vista del mercato, l'evidente vantaggio di non conoscere il prezzo del consumo,

ovvero la fatica di lavoro che sottende al denaro necessario per consentire un dato tenore di vita. Gli adulti hanno, invece, stili di vita più consolidati, hanno valori e orientamenti che è più difficile convertire, hanno meno tempo, sono anche più lenti nella comprensione d'uso delle nuove merci, ma sono "ricattabili", ovvero possono essere indotti a garantire ai figli la promessa di piacere e desiderio che il mercato propone.

Da qui l'idea di agire sui figli e sul loro potere d'acquisto, indotto garantito dalla generosità di genitori e parenti, fino al paradosso – in un'Italia che raggiunge indici di vecchiaia fra i primi al mondo – di costruire nell'immaginario collettivo la condizione giovanile come meta comune, come stile di vita – veloce, curioso, onnivoro, allegro... - alla portata di tutti nell'epoca dell'abbondanza e della rimozione dei limiti.

Nel frattempo la stanza dei figli si riempie di merci, portate da genitori, nonni e conoscenti che vogliono lasciare il proprio segno di affetto ai pochi bambini che ciascuno conosce o incontra. E in un mondo che ha radicalmente mutato la propria cultura materiale i doni sono il nuovo, non dicono la tradizione ma festeggiano l'opulenza del presente, sono appunto merci, oggetti seriali, ad alto contenuto tecnologico.

Pasolini ammoniva Gennarino sulla pedagogia delle cose, gli ricordava quanto questa sia severa, perché le cose danno continue lezioni senza che si possa loro fare domande e obiezioni. Se seguiamo quella traccia, dobbiamo chiederci come cambia il rapporto col mondo se la sua mediazione non viene dall'oralità della famiglia o della comunità, né dagli strumenti o dagli oggetti creati dai mestieri con cui si ha familiarità, ma dall'abitudine alle merci tecnologiche? Quali attitudini, indipendentemente dall'età, si formano in questa nuova cultura materiale? Proviamo a formulare un elenco di possibili effetti, secondo una logica non deterministica ma probabilistica, in sostanza una serie di ipotetici condizionamenti che un regime di consumo – e ad esempio non di esperienza o di parola – può indurre in chi lo vive.

a. Il consumo è sostanzialmente *passivo*: l'azione è eterodiretta, difficilmente possiamo fare qualcosa che non sia previsto dalla merce, il più delle volte aumenta la nostra dipendenza da una mediazione tecnologica che agisce per noi. Come a dire che il divertimento è necessariamente spettacolo, non esiste fatica o apprendimento, che tutto ci è dato, che non c'è premessa.

b. Il consumo tecnologico *disattiva la ricerca informativa*: se le cose devono funzionare, non importa nemmeno il come e il perché,

l'approfondimento è inutile, la curiosità non si esercita su ciò che ci precede, ma solo su ciò che segue da qui a poco. L'origine e la produzione diventano allora temi desueti, la storia una materia poco interessante.

c. *Scompare la natura*: la natura è per definizione fuori mercato, non è “divertente” se non nei documentari che isolano in pochi istanti la fatica di ore di appostamenti, non ha “pulsanti” ma richiede cura, non si può consumare senza distruggerne la vita, impone un’attesa del suo ciclo molto distante da una logica di comando.

d. *Si altera il rapporto col tempo*: se il mondo prima di tutto “funziona”, a mio piacere, ogni volta che attivo un comando, allora muta il mio rapporto col tempo, nasce una nuova nevrosi: quel mondo deve dar spettacolo e subito, non si ammettono vuoti, il tempo non scorre ma scade, perché è il timer brevissimo fra il plug e il play, l’unica pausa possibile è quella che io attivo col comando di pausa, il meno usato in assoluto. Se io comando e telecomando la recita del mondo, non esiste più nemmeno l’idea di fine o di morte, sono al più io che termino la visione, non la realtà che termina. Scompare il principio stesso di un ciclo di vita, persino degli oggetti, che si logorano e si rompono – anzi, sappiamo che sono fatti per questo – ma sono seriali e quindi illusori di un superamento del senso del limite e della fine, e tutti dotati di un nuovo tasto play.

e. *Si ribalta il sistema dei saperi*: si forma l’idea che non conta saper fare le cose ma saperle usare, le abilità sono quelle del consumo, il sapere degli adulti serve poco nella tecnologia della vita quotidiana, la loro autorità non ha fondamenti empirici in un mondo di merci che li declassa a utilizzatori inesperti o non utilizzatori isolati. In questo senso il materialismo che i genitori stessi hanno costruito attorno ai figli concedendo al mercato di leggere e rispondere ai desideri dei figli li esclude, li trasforma in discenti o emarginati dalle capacità di utilizzo di fronte alle quali l’esperto è il figlio. Ma tutti gli adulti sono in difficoltà in questa situazione: la scena di una classe in una scuola superiore dove i ragazzi ascoltano di nascosto la propria musica dai lettori portatili o dal telefono diventa il ritratto di un conflitto aperto fra due logiche diverse di rapporto con il mondo, una che crede ed esercita il suo racconto come trasmissione di conoscenze da parte della generazione più adulta, l’altra ormai assuefatta dalla pedagogia delle merci ad accedervi per consumo, in autoapprendimento, a proprio piacimento.

f. *Il silenzio come normalità.* Le merci non parlano, il tasto play è fatto perché il consumo sia solitario, ognuno comanda il suo, qualunque scritta ulteriore o spiegazione infastidisce, lo stesso foglio di istruzioni rischia di essere una mediazione insopportabile. In questo regime il libro soffre e così pure il quotidiano, perché sono merci particolari, che una volta acquistate richiedono una fatica incompressibile come quella della lettura. Di certo si indebolisce il rapporto con la parola scritta, l'idea di una mediazione riflessiva come premessa all'agire, la scrittura come luogo in cui fare ordine delle cose e dare loro senso, perché il consumo non ammette pause e riflessione, lascia il primato all'azione e all'istinto.

g. *Estraneità dell'attesa.* Le merci sono fatte per farti felici subito, aboliscono l'attesa – chi comprerebbe il vuoto? chi spenderebbe denaro per sospendere il piacere? - il loro teatro ha il ritmo della battuta esplosiva, del colpo di scena senza storia prima: le merci devono incorporare la fatica per liberare la magia del suo superamento istantaneo, ovvero un telefonino non deve evocare la distanza che ti separa dal tuo interlocutore ma la facilità di poterlo rintracciare sempre e comunque, un tritatutto non deve restituirti la pena che ti costerebbe fare quella cosa a mani nude ma darti la sensazione di poter esercitare quella forza senza sforzo.

h. *Rimozione dei deficit.* La tecnologia nasconde e deforma la realtà, nel bene e nel male, abitua al superamento magico delle difficoltà, inibisce la formazione ad una propria debolezza, illude costantemente sullo sconto di un'esperienza dolorosa, di una fatica personale. Nella pedagogia del consumo conta solo il risultato, e il risultato si genera senza il processo: l'immediatezza, l'evidenza e il successo diventano le categorie fondamentali rispetto alle quali si sceglie e si agisce.

i. *Riduzione delle catene causali.* Il tasto play accorcia le catene causali, abolisce la storia e fa del presente il tribunale in cui si è giudicati: se schiaccio, voglio soddisfazione ora, come dire che studiare greco e latino, esercitare il diritto di voto scegliendo chissà chi, che farà chissà cosa e chissà quando, passare da una formazione sentimentale prima di un rapporto sessuale, provare mesi prima di far emettere il suono ad un violino, insomma passare dalla "grammatica delle cose" prima di goderne la recita diventa un transito arduo, difficile da accettare.

CONSUMI STUPEFACENTI

Non si farà fatica a riconoscere, in alcuni di quei possibili effetti, tratti di comportamenti e atteggiamenti molto diffusi, negli adolescenti e non solo, forse oggi più di ieri: refrattarietà alla fatica e all'impegno, minor attitudine alla mediazione riflessiva prima dell'azione, minor peso della parola nei sistemi espressivi, minor tenuta dell'attenzione, ricerca del piacere immediato, perdita di una progettualità forte e condivisa. Così, per non essere apocalittici, si potranno osservare esiti da ascrivere ad effetti positivi di quello stesso mutamento: minor presa delle ideologie, avversione alla retorica e predilezione per l'immediatezza, primato dell'amicizia e dell'atmosfera ludica come condizione ideale di vita quotidiana, velocità di esecuzione, capacità di connessione, desiderio espressivo molto diffuso a fronte delle nuove opportunità.

La questione, però, non è tanto fare un bilancio delle trasformazioni, ma capirne la valenza rispetto al nostro tema. L'ipotesi è, infatti, quella che le droghe si siano ben mimetizzate in questo regime di consumo, abbiano perso, nella percezione comune, significati controculturali, non rispondano a percorsi personali di sperimentazione e ricerca espressiva, ma siano merci, perfettamente ascritte alla logica generalizzata di consumo.

Seppur merci, le droghe lo sono evidentemente in un modo particolare, perché non hanno dei beni di consumo alcuni tratti tipici e non consentono legami come quelli materiali, affettivi, estetici o ludici che si creano, invece, quando si entra in possesso di ciò che si desidera. In sostanza, chi le compra non intende possedere nulla, ma "essere" in qualche modo, cerca un effetto o un risultato, quello che associa nella sua rappresentazione mentale ad una data sostanza.

Riletto così, il consumo di sostanza apre alcune sollecitazioni. Prima di tutto, occorre capire quali "effetti" si comprano oggi sul mercato delle sostanze. Gli studi psicosociali sui comportamenti di consumo (ad es. quelli condotti dall'Istituto Minotauro di Milano) indicano chiaramente che i ragazzi comprano e consumano sostanze diverse per avere effetti diversi, secondo una chiara logica di mercato: chi vuol "divertirsi e ridere" acquista soprattutto ecstasy e cannabis, ma chi vuol "aumentare le proprie prestazioni" rifugge la cannabis e cerca la cocaina, chi cerca un aiuto al "superamento dei propri problemi" consuma eroina e in seconda battuta cocaina, per fondersi con gli amici si usa cannabis, che invece non serve a "cambiare carattere", obiettivo per il quale si preferisce cocaina ed eroina...

Seconda conseguenza: la prevenzione e il contrasto all'uso delle sostanze si confrontano esattamente su queste voci, come a dire che i prodotti alternativi devono esser in grado di garantire nelle aspettative dell'acquirente gli stessi effetti. Per stare nella metafora, questo significa che l'ufficio progetti dell'azienda concorrente deve individuare cosa genera, per quel target, la stessa aspettativa ad un livello almeno pari, per capire cosa immettere sul mercato in grado di assorbire quel segmento di domanda. L'alternativa, che corrisponde ad una strategia molto usata in passato, è quella di far concorrenza delegittimando questi obiettivi: può, però, una società del consumo essere credibile nel dichiarare fuori luogo la ricerca del divertimento, delle relazioni, del superamento di problemi e limiti personali? Forse solo a patto di svelarne il prezzo alto – la perdita del capitale di salute e di relazioni – e di offrire un risarcimento gratificante.

Vale la pena sottolineare un'altra conseguenza: se il consumo è ricerca di un effetto, la sua rappresentazione è più rilevante del suo aspetto. Il sistema delle rappresentazioni sociali delle sostanze diventa uno snodo decisivo; intercettare, deviare o ancor meglio controllare tale sistema è una strategia forte di intervento. Chi vende merci sa di dover governare tale sistema, è consapevole che non basta curare la vetrina o assicurare la bontà del prodotto per garantirne la vendita, ancor meglio è creare la giusta narrazione intorno ad esso, far sì che le persone ne parlino e l'ipermerce crei il proprio mito. Riuscire a governare il discorso pubblico e fra pari intorno alle sostanze, consolidare i giusti elementi informativi, innescare elementi forti di immaginario collettivo – come potrebbe farlo un *blockbuster* cinematografico – significa agire su quelle rappresentazioni che orientano il consumo.

La scommessa non è facile. Le sostanze stupefacenti sono una merce forte, funzionano come una tecnologia del piacere applicata al proprio corpo, come una pulsantiera con le sue possibilità (avanti veloce, rallenty, pausa, ecc.) da agire rispetto ai propri stati psico-fisici. In fondo, lo sconto della fatica, la promessa del piacere, il superamento magico delle difficoltà, la facilità d'uso, la riduzione delle catene causali, la fantasia del risultato senza il processo... ovvero quanto appena osservato, come parte di una logica di consumo, è perfettamente aderente al rapporto con le sostanze stupefacenti, alle aspettative di cui sono circondate. E non è un caso che il loro utilizzo venga sempre meno percepito come problematico da parte di adolescenti e giovani.

BIBLIOGRAFIA

1. J. Baudrillard, *La società dei consumi*, Bologna, il Mulino 1976
2. I. Illich, *Per una storia dei bisogni*, Milano, Mondadori 1981
3. S. Laffi, *Il furto - mercificazione dell'età giovanile*, Napoli, L'ancora del mediterraneo 2000
4. A. Maggiolini (a cura di) *Sballare per crescere? La prevenzione delle droghe a scuola*, Milano, Angeli 2003
5. M. McLuhan, *Gli strumenti del comunicare*, Milano, Il saggiatore 1967
6. R. Mantegazza, *Pedagogia della resistenza*, Troina (En), Città aperta 2003
7. P.P. Pasolini, *Lettere luterane*, Torino, Einaudi 1975

2.5 ASPETTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI DELL'USO DI SOSTANZE

FEDERICO COLOMBO

Istituto Milanese di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale (IMIPSI)

L'ORIENTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

L'approccio cognitivo-comportamentale al cambiamento è il versante applicativo di diverse teorie e modelli elaborati e continuamente sottoposti a verifiche e sviluppi nell'ambito della psicologia sperimentale (Meazzini, 1984).

Nella prospettiva cognitivo-comportamentale si assume un modello in cui ambiente, processi cognitivi e comportamento interagiscono in una relazione di *determinismo reciproco*: il comportamento patologico è determinato da un apprendimento, deficitario o deviante, che risulta disadattivo rispetto alle finalità dell'individuo e/o della società (Cionini, 1999; Goldwurm, 1998). Non viene espresso un giudizio sull'individuo o sulla sua personalità in termini complessivi, bensì, l'attenzione è rivolta ai comportamenti specifici e al tipo di conseguenze che producono. L'analisi si sposta dalla persona aggressiva ai comportamenti aggressivi, dalla persona dipendente ai comportamenti di dipendenza. L'effetto è duplice. Prima di tutto non si etichetta un individuo, evitando così gli svantaggi del possibile *effetto stigma*, bensì si valuta se il comportamento è funzionale ed adattivo rispetto al contesto in cui viene espresso. Poi si assume una prospettiva che permette di usare in modo efficace ed efficiente quanto emerso a livello di analisi per predisporre interventi di modificazione di comportamenti e cognizioni individuali e/o del contesto di vita.

I comportamenti possono costituire un problema (Melamed & Siegel, 1983) perché: (a) si verificano con una frequenza, un'intensità o una durata giudicate eccessive oppure insufficienti per un particolare ambiente o in una data circostanza; (b) si verificano in condizioni o in tempi inappropriati. Nel

primo caso si usa l'espressione di *eccesso o deficit comportamentale*, mentre ci si riferisce al secondo caso con la definizione di *controllo carente degli stimoli*.

L'analisi cognitivo-comportamentale si contraddistingue per l'enfasi posta sul rapporto tra l'organismo e l'ambiente. In particolare, assumendo il paradigma del contestualismo, è il contesto che attribuisce, aggiunge, o toglie funzione e significato agli stimoli ambientali (Moderato & Ziino, 1994; 1995). Una persona, infatti, non risponde a uno stimolo teoricamente definito, ma, piuttosto, a quello che funzionalmente egli percepisce come evento stimolo, anche in relazione alla propria storia di esperienze passate. Il comportamento umano, quindi, viene descritto in termini di interazioni tra un organismo, unità bio-psichica individuale e unica, e il suo ambiente funzionale.

Ogni individuo attribuisce un significato personale agli avvenimenti che esperisce. Secondo il modello cognitivo delle emozioni e dei disturbi emotivi, il contenuto di tale interpretazione dell'evento determina una risposta emotiva specifica (Beck, 1984). Il significato è contenuto in una cognizione, pensiero o immagine. Così una particolare emozione può non essere in relazione con le circostanze esterne del momento, bensì con le cognizioni interne. Se interpretiamo erroneamente una situazione, la nostra reazione emotiva sarà frutto della nostra distorsione e non del significato reale della situazione stessa.

Nel corso del tempo l'orientamento cognitivo-comportamentale è andato sviluppandosi e diversificandosi con interventi talvolta basati in misura maggiore sugli aspetti comportamentali e altre volte sugli elementi cognitivi. In realtà i due livelli non sono facilmente scindibili, se non attraverso una mera operazione di etichettatura che non conduce a reali vantaggi clinici ma rischia di creare fraintendimenti (Sibilia, Carro & Saenz Caballero, 2002).

La derivazione sperimentale e l'attenzione verso gli aspetti metodologici ha permesso ai trattamenti cognitivo-comportamentali di dimostrare ampiamente la propria efficacia e di trovare uno spazio importante all'interno della Psicologia Basata sull'Evidenza (Michielin & Bettinardi, 2004). Ad oggi, l'approccio cognitivo-comportamentale viene applicato a una varietà di problematiche e situazioni: disturbi d'ansia (Beck, Emery & Greenberg, 1988; Wells, 1999), depressione (Beck & coll., 1987), disturbi di personalità (Beck & Freeman, 1988), psicosi (Cocchi & Meneghelli, 2004), disturbi dell'alimentazione (Garner & Dalle Grave 1999), insonnia (Morin & Espie, 2004), sessualità (Dèttore, 2001), problematiche infantili ed

adolescenziali (Anchisi, Gambetto Dessy & Moderato, 1996; Sacchi, 2003), handicap (Caracciolo & Rovetto, 1988), bullismo (Iannaccone, 2005), qualità della vita e psicologia positiva (Goldwurm, Baruffi & Colombo, 2004) e, naturalmente, disturbi correlati all'abuso di sostanze psicotrope (Beck & coll. 1993; Carroll, 2001; Colombo & Verrilli, 2004; Hollonds, Oei & Turecek, 1980; Sobell & Sobell 1996).

L'APPRENDIMENTO E IL MANTENIMENTO DEL COMPORTAMENTO TOSSICOMANICO

I disturbi associati alla assunzione protratta (episodica o cronica) di sostanze psicotrope hanno una genesi multifattoriale (bio-psico-sociale) e sono capaci di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo. Solo un modello bio-psico-sociale, integrando i fattori biologici, psicologici e socioculturali, permette di comprendere la complessità del fenomeno dipendenze e di predisporre interventi multidisciplinari. Di seguito approfondiremo alcuni processi psicologici fondamentali.

Secondo l'approccio cognitivo-comportamentale i comportamenti problematici o disfunzionali vengono appresi nel corso della storia dell'individuo al pari dei comportamenti funzionali e adattivi. Quindi anche i comportamenti di uso e abuso di sostanze sono comportamenti appresi. Nella maggior parte dei casi un comportamento problematico ha dimostrato, durante il primo periodo in cui si è consolidato, un effetto giudicato positivamente dalla persona. L'apprendimento avviene secondo tre processi di base: il condizionamento classico, il condizionamento operante, e il modellamento.

Il nostro organismo possiede dei riflessi incondizionati o innati. Essi sono costituiti da uno stimolo, chiamato stimolo incondizionato, che provoca necessariamente la comparsa di un particolare tipo di risposta, detta risposta incondizionata. Uno stimolo neutro, cioè che non è in relazione con la risposta incondizionata, acquisirà la capacità di elicitare una risposta simile a quella incondizionata (detta risposta condizionata) se viene esperito in concomitanza con uno stimolo incondizionato (vedi fig. 1).

Apprendimenti per condizionamento classico avvengono anche nelle condizioni di abuso o dipendenza da sostanze (Tiffany, 1999). Si pensi, ad esempio, a come il semplice passeggiare nei pressi del luogo in cui la

persona si recava abitualmente a comprare la cocaina possa essere diventato uso stimolo condizionato in grado di richiamare le sensazioni indotte dalla reale assunzione di cocaina e di scatenare la sensazione di *craving* (vedi fig. 1). Anche altri stimoli come le banconote o gli accessori utilizzati per l'assunzione, determinati luoghi o persone, orari della giornata o giorni della settimana, particolari stati emotivi possono diventare condizionati al *craving*, se associati ripetutamente con l'uso della cocaina.

Figura 1: Modello di apprendimento per condizionamento classico.

STIMOLO INCONDIZIONATO		RISPOSTA
Assunzione di cocaina	==>	INCONDIZIONATA
		Effetto stimolante
STIMOLO NEUTRO		
Passeggiare dove si può acquistare cocaina	==>	----
STIMOLO NEUTRO		
+	==>	RISPOSTA
STIMOLO INCONDIZIONATO		INCONDIZIONATA
STIMOLO CONDIZIONATO		RISPOSTA
Passeggiare dove si può acquistare cocaina	==>	CONDIZIONATA
		Effetto stimolante
		==> Craving

Quando un individuo opera sull'ambiente, queste sue azioni (chiamate comportamenti operanti) producono degli effetti che a loro volta retroagiscono sul suo comportamento. Se questo effetto è piacevole, esso contribuirà ad aumentare la probabilità che in futuro l'individuo, trovandosi in circostanze simili (i cosiddetti stimoli discriminativi), metta in atto le stesse azioni; in altre parole queste azioni saranno state rinforzate. È questa l'essenza dell'apprendimento per condizionamento operante. Proviamo a pensare ad una persona che si sente inibita durante una serata in discoteca e scopre che si "scioglie" dopo aver bevuto un cocktail. L'effetto disinibente dell'alcol, avvertito come piacevole, aumenterà la probabilità che questa persona assuma nuovamente un cocktail quando ritornerà in discoteca, e per effetto di un processo di generalizzazione potrebbe ricorrere a degli alcolici anche in altre situazioni sociali in cui si sentirà inibito.

Il processo di apprendimento che forse è maggiormente implicato nell'apprendimento iniziale dell'uso delle sostanze psicotrope è il

modellamento, detto anche apprendimento per osservazione o imitativo, in cui l'osservatore impara da un modello. Tra le variabili che possono influenzare questo tipo di apprendimento vale la pena di ricordare le caratteristiche distintive del modello e la sua valenza affettiva, alcune caratteristiche dello stimolo in grado di sollecitare l'attenzione dell'osservatore e la motivazione di quest'ultimo. Il modello può essere rappresentato anche dal protagonista di un video musicale, una pubblicità o un film, quindi non solo da persone in carne ed ossa. Un ragazzo può imparare a fumare sigarette o bere alcolici, sostanze legali e verso le quali può esserci un'accettazione esplicita in famiglia. Quando si raccoglie la storia dell'uso di sostanze illegali è frequente trovare che l'esordio avviene in un contesto sociale in cui il gruppo dei pari incoraggia e facilita il nuovo apprendimento.

A questo punto sarà possibile comprendere il ruolo dell'analisi funzionale nella valutazione cognitivo-comportamentale. Essa viene condotta tramite il colloquio clinico o l'osservazione diretta, e mira ad evidenziare le relazioni tra un particolare comportamento e i fattori ambientali che lo controllano.

Questa procedura è esemplificata dal *modello comportamentale ABC'S*, di seguito esaminato facendo riferimento alle parole inglesi che lo originano:

- ❑ A come “antecedents”, gli antecedenti di un comportamento sono quegli eventi, o situazioni-stimolo, che precedono e in qualche modo facilitano l'emissione del comportamento stesso;
- ❑ B come “behaviours”, la classe dei comportamenti si riferisce alle risposte emesse dall'individuo;
- ❑ C come “consequents”, i conseguenti di un comportamento sono le conseguenze di ordine interno, familiare o sociale che seguono le risposte dell'individuo, indipendentemente dal fatto che esse siano volute o no;
- ❑ S come “setting”, gli eventi situazionali sono tutte le condizioni interne, come gli stati fisici ed emotivi dell'individuo, ed esterne che sono attuali durante la sequenza interazionale alterandone la forza e le caratteristiche.

Quando si osservano associazioni regolari tra determinati antecedenti, conseguenti ed eventi situazionali e il manifestarsi di un determinato comportamento è possibile ipotizzare che le variabili individuate siano

quelle che probabilmente mantengono il comportamento osservato. Quindi attraverso l'analisi funzionale si individua che cosa deve essere focalizzato durante l'intervento per produrre la modificazione del comportamento e come giungere a tale cambiamento (Anchisi, 1985).

Abbiamo già accennato che il modo in cui le persone interpretano le situazioni influenza le loro sensazioni, motivazioni e comportamenti. Queste interpretazioni sono modellate dalle credenze rilevanti che diventano attive in queste situazioni. Attivandosi in particolari circostanze prevedibili, le credenze aumentano la possibilità di continuare l'assunzione della sostanza. Le credenze influenzano anche la reazione della persona alle sensazioni fisiologiche associate al *craving* (Beck & coll., 1993).

Il *modello cognitivo ABC* delle emozioni prevede:

- ❑ gli eventi attivanti (A), i quali favoriscono od ostacolano gli scopi che gli individui cercano di realizzare in un dato ambiente;
- ❑ i pensieri, le idee e le convinzioni (B) che gli individui elaborano sugli eventi attivanti;
- ❑ le conseguenze (C) emotive, comportamentali e cognitive che discendono dal sistema di convinzioni.

I tre elementi del modello ABC si influenzano reciprocamente, anche se abitualmente il sistema di convinzioni agisce da mediatore tra gli eventi attivanti e le conseguenze, influenzando direttamente queste ultime.

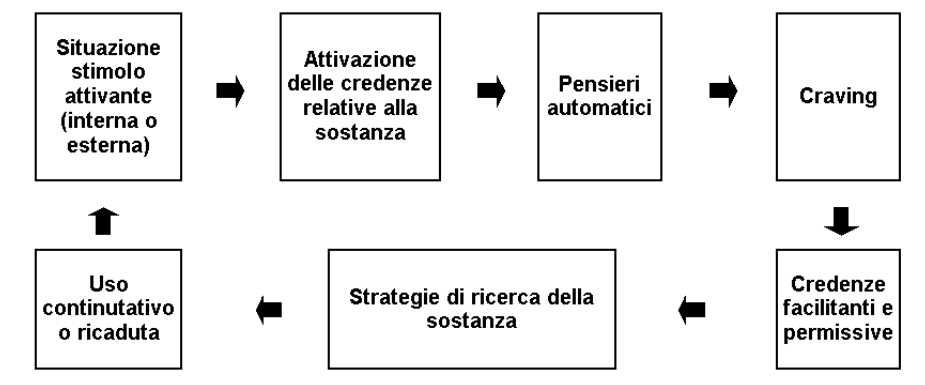
Ellis (1998) ha espanso il modello ABC considerando i "Goal" (G), cioè gli scopi, le mete, i valori e i desideri dell'individuo. Sono esempi di scopi (G), il desiderio di fare nuove esperienze o il desiderio di raggiungere una certa stabilità e sicurezza nel lavoro. Gli scopi comprendono ed influenzano cognizioni, emozioni e comportamenti. Così dei superstiti rimasti senza cibo (A), con lo scopo di sopravvivere (G), giudicheranno nutriente (B) anche la corteccia di un albero (A), e cercheranno attivamente di procurarsela per mangiarla (C).

Dato il modello cognitivo delle emozioni è più facile comprendere il modello cognitivo dell'abuso di sostanze (vedi fig. 2). Quest'ultimo è costituito da una sequenza di sette fasi, con l'ultimo stadio che si ricollega al primo attraverso un processo di feedback. Ogni fase si presta all'attuazione di interventi terapeutici specifici.

La fase che apre la sequenza dell'abuso di sostanze è rappresentata da circostanze specifiche, e spesso prevedibili, che sono state denominate

“situazioni stimolo attivanti” in quanto sono in grado di attivare le credenze relative all’uso delle sostanze. Sebbene alcune di queste situazioni siano tipicamente ad alto rischio per molti individui, il loro effetto varia da persona a persona e anche per la stessa persona in tempi diversi. Sono esempio di situazioni stimolo attivanti di tipo interno gli stati emozionali o fisiologici quali disforia, ansia, senso di colpa, rabbia, noia, e disagio fisico. Tra le situazioni stimolo attivanti esterne sono comprese l’incontrare amici che abitualmente assumono sostanze di abuso, i contatti con gli spacciatori, la pubblicità di una bevanda alcolica, vedere un film che mostra qualcuno che usa droga, ecc.

Figura 2: Modello cognitivo dell’abuso di sostanze (adattato da Beck & Coll. 1993).



Le credenze relative alla sostanza attivate dalla situazione stimolo possono essere raggruppate in termini di idee centrate sulla ricerca del piacere, la soluzione di problemi, l’induzione di sollievo, e l’evitamento. Tra le idee disfunzionali più diffuse troviamo:

- ❑ la credenza che una persona necessiti della sostanza per mantenere il proprio equilibrio psicologico ed emotivo;
- ❑ l’aspettativa che la sostanza migliori il funzionamento sociale o intellettuale;
- ❑ l’aspettativa di ottenere piacere ed eccitazione grazie all’uso della sostanza;

- ❑ la credenza che la sostanza aumenterà l'energia e il potere del soggetto;
- ❑ l'aspettativa che la sostanza abbia un effetto rilassante;
- ❑ l'assunzione che la sostanza ridurrà la noia, l'ansia, la tensione e la depressione;
- ❑ la convinzione che se non si farà nulla per soddisfare la sensazione di *craving*, essa durerà in modo indefinito e peggiorerà.

Le credenze relative alla sostanza inoltre interagiscono con le sottostanti credenze fondamentali (o schemi di base) riguardanti una visione negativa di sé (“Sono indesiderabile”), dell’ambiente (“La famiglia è opprimente”) o del futuro (“Sono senza speranza”).

La terza fase del modello rappresentato nelle figg. 2 e 3 è costituita dai pensieri automatici, ovvero idee o immagini che seguono le credenze legate alla dipendenza e che sono espressi attraverso esclamazioni stereotipate come “Che diavolo!”, “Chi se ne importa?”, “È ora di festeggiare!”. Questi pensieri, che possono non raggiungere la piena consapevolezza del soggetto, innescano e fanno aumentare il desiderio e il bisogno compulsivo della sostanza.

Figura 3: Esempio della sequenza di abuso di sostanze (modificata da Beck & Coll. 1993).



La quarta fase è rappresentata dal *craving*. Con questo termine ci si riferisce al forte desiderio soggettivo per una particolare esperienza, che in questo caso viene soddisfatto con il consumo della sostanza. Il *craving* è uno stato fisiologico che viene precipitato da fattori psicologici o ambientali, e

può essere distinto dal bisogno compulsivo della sostanza, chiamato *urge* (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). L'*urge* è uno stato emotivo, o una sua anticipazione, che si traduce in pressione ad agire per ottenere sollievo. Il ritardo tra il desiderio imperioso della sostanza (craving) e realizzazione del bisogno compulsivo (urge) costituisce secondo Beck e Coll. (1993) un intervallo per gli interventi terapeutici miranti ad un aumento del controllo da parte del soggetto.

Un ulteriore mediazione cognitiva interviene prima della messa in atto dei comportamenti per procurarsi la sostanza, si tratta delle credenze facilitanti o permissive del tipo: “Me lo merito”, “È l'unica cosa buona nella mia vita”, “Devo mettere alla prova la mia sobrietà per vedere se sono migliorato”. Queste credenze intervengono nel processo decisionale circa l'uso o il non uso della sostanza, e contribuiscono a risolvere l'ambivalenza provata dalla persona ammantando la sua scelta di una sorta di ragionevolezza e liberandolo dal senso di colpa.

La fase successiva vede la persona impegnata in una serie di comportamenti per procurarsi la sostanza come, ad esempio, contattare uno spacciatore o procurarsi il denaro necessario. Se questa ricerca ha un esito positivo, è molto probabile che si arrivi al consumo, ultimo anello del processo descritto finora, ma anche nuova ripartenza. Infatti l'uso della sostanza costituisce una situazione stimolo attivante che rimette in moto il ciclo decisionale (vedi fig. 2).

IL MODELLO DI PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Vale la pena di presentare almeno brevemente il *modello di prevenzione delle ricadute* per la forte influenza che esercita nell'ambito del trattamento delle dipendenze e del mantenimento dei cambiamenti più in generale.

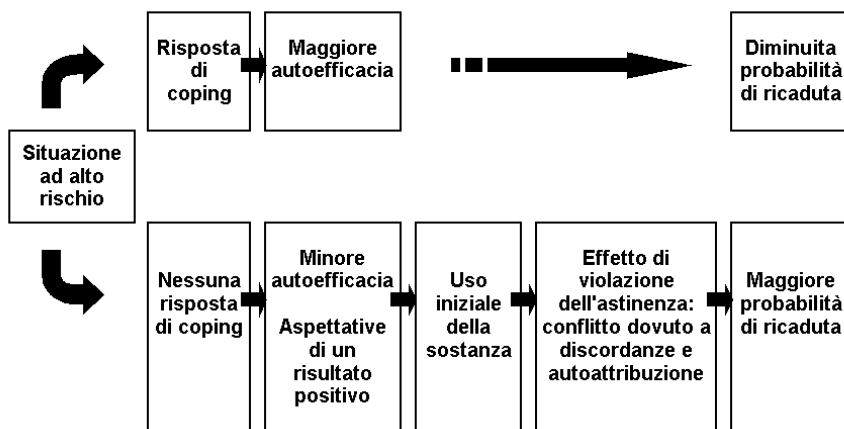
Si tratta di un intervento cognitivo-comportamentale che prevede l'integrazione di training di abilità con tecniche cognitive per prevenire il verificarsi di una ricaduta dopo il trattamento e quindi per mantenere i cambiamenti nel tempo (Marlatt & Barrett, 1998).

Il modello distingue un *errore* (o *caduta*) dalla *ricaduta*. La *caduta* si verifica con la prima violazione dell'astinenza totale (generalmente posta come obiettivo degli interventi terapeutici). La *ricaduta* prevede che il comportamento di uso della sostanza si riavvicini al livello precedente

all'intervento. L'obiettivo della prevenzione delle ricadute è quello di evitare che un errore si trasformi in una ricaduta completa.

La figura 4 mostra le caratteristiche fondamentali del modello. In una *situazione ad alto rischio* (qui il concetto è simile a quello della situazione stimolo attivante visto poco sopra) al soggetto è richiesto di mettere in atto strategie di coping adeguate per non far uso della sostanza. La mancanza della risposta di coping (per diabilità o per inibizione ansiosa) abbassa il senso di autoefficacia e rende più appetibile la sostanza per i suoi effetti positivi iniziali. L'uso della sostanza produce il cosiddetto *effetto di violazione dell'astinenza (AVE)* cioè una reazione individuale caratterizzata da senso di colpa e percezione di perdita del controllo associata alla trasgressione della regola assoluta dell'astinenza (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980). Se di fronte a questa *caduta* il soggetto ricorrere ancora alla sostanza per lenire il disagio emotivo del fallimento dell'obiettivo terapeutico (come probabilmente faceva in passato) aumenteranno ulteriormente le probabilità di una ricaduta completa. In questa fase entrano in gioco processi di dissonanza cognitiva e attribuzione causale (ad esempio, "non sono stato curato bene", "sono un tossico senza speranza").

Figura 4: Il modello di prevenzione delle ricadute (modificata da Marlatt & Barrett, 1998).



Le *situazioni ad alto rischio* comprendono, in ordine decrescente di importanza (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999):

- ❑ stati emotivi negativi (ad es., ansia depressione, frustrazione, noia);
- ❑ conflitti interpersonali (ad es., discussioni familiari, conflitti sul lavoro);
- ❑ pressioni sociali dirette (ad es., richiesta insistente di bere) o indirette (ad es., trovarsi in una situazione in cui tutti stanno bevendo);
- ❑ stati emotivi positivi (ad es., celebrazioni);
- ❑ esposizione a stimoli associati alle sostanze di abuso (ad es., pubblicità, passare davanti al bar preferito)
- ❑ prove di autocontrollo (ad es., provare a bere per valutare la propria capacità di controllo).

Per il soggetto spesso le situazioni ad alto rischio sono completamente inaspettate. Marlatt e collaboratori (Larimer, Palmer, Marlatt 1999) hanno osservato che esse sono precedute dalle cosiddette *decisioni apparentemente irrilevanti (AIDs)*. Si tratta di una catena di decisioni e razionalizzazioni che costituiscono il primo passo verso la ricaduta. Ad esempio un alcolista astinente può decidere di tenere in casa dei liquori da offrire a eventuali ospiti. Decisione avvertita dalla persona come indipendente dall'assunzione, ma che può rivelarsi determinante per una caduta e una successiva ricaduta. Infatti, in caso il soggetto vivesse degli stati emotivi particolarmente spiacevoli avrebbe a disposizione la bottiglia riservata agli ospiti per cercare di "automedicarsi".

INDICAZIONI PER I PROGRAMMI DI PREVENZIONE

In breve, possiamo dire che l'uso di sostanze inizia come risultato dell'interazione tra fattori sociali e interpersonali. Il comportamento di uso delle sostanze, in modo simile ad altri comportamenti, è appreso attraverso un processo di modellamento e rinforzamento, ed è mediato da fattori interpersonali quali cognizioni, attitudini, aspettative e personalità. L'uso di sostanze è promosso e supportato dalle influenze sociali esercitate dai pari, dalla famiglia e dai mezzi di comunicazione di massa. La vulnerabilità verso queste influenze è determinata oltre che da cognizioni specifiche, attitudini ed aspettative, anche dalle abilità del soggetto di far fronte (*coping*) alle offerte di uso della sostanza (Botvin, & coll. 1990).

Inoltre è importante considerare le abilità sociali generali per gestire una varietà di situazioni di vita, tra cui l'autostima e il senso di autoefficacia,

ovvero la fiducia di attuare un comportamento prestabilito, di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato (Bandura, 1984). A questo proposito, Griffin e coll. (2001) hanno messo in luce che il benessere psicologico può essere un fattore di mediazione tra competenza e uso di sostanze, in misura maggiore di quanto non lo sia il disagio.

Da quanto riportato nelle pagine precedenti circa gli aspetti cognitivo-comportamentali dell'uso di sostanze psicotrope possiamo ricavare alcune indicazioni per i programmi di prevenzione.

È importante che gli interventi di prevenzione dell'uso di sostanze includano: a) un programma di insegnamento di abilità sociali generali per costruire l'autostima, fronteggiare l'ansia, comunicare efficacemente, sviluppare le relazioni interpersonali e asserire i propri diritti; b) l'insegnamento di abilità specifiche per resistere alle pressioni verso l'uso delle sostanze; c) informazioni sulle conseguenze negative a breve termine dell'uso di sostanze, l'accettabilità sociale dell'uso delle sostanze, e i dati reali di prevalenza tra gli adolescenti e gli adulti.

Gli interventi cognitivo-comportamentali mirano a ridurre le reazioni emotive eccessive e i comportamenti auto-disfattisti attraverso la modificazione del pensiero erroneo e delle credenze maladattive che sono alla base di queste reazioni. Inoltre considerano prioritario sviluppare abilità di fronteggiamento (*coping*) per padroneggiare i problemi che conducono a disagio emotivo. È quindi utile aiutare le persone a trovare dei modi più soddisfacenti per fronteggiare i problemi reali e le sensazioni spiacevoli senza ricorrere alle sostanze.

Le competenze emotive da promuovere comprendono a) la capacità di identificare, descrivere, esprimere, valutare l'intensità, e regolare i propri sentimenti; b) distinguere tra emozioni, pensieri ed azioni; c) differire la ricompensa; d) tollerare la frustrazione.

A livello cognitivo andrà sviluppata la consapevolezza del modo in cui i pensieri distorti producono stress e disagio, per poi riuscire a dialogare con se stessi e modificare i pensieri distorti. Questo permetterà di padroneggiare meglio i problemi reali ed ignorare gli pseudo-problemi derivati da questi pensieri distorti. Altri due elementi, già citati, sono il riconoscimento delle influenze sociali e il senso di autoefficacia (De Luca, 1999).

Infine tra le competenze comportamentali sono annoverati l'apprendimento di nuove abilità interpersonali e comunicative per esprimere i propri diritti in modo più efficace e rifiutare quando altri fanno opera di persuasione ad usare le sostanze, e le abilità necessarie per

affrontare le difficoltà della vita come dei problemi risolvibili piuttosto che come delle barriere verso i propri obiettivi.

BIBLIOGRAFIA

1. Anchisi R. (1985). L'assessment: prospettive. *Terapia del Comportamento* 7: 5-19.
2. Anchisi R., Gambotto Dessy M., Moderato P. (1996). *Analisi e terapia del comportamento nell'infanzia e nell'adolescenza*. Libreria Cortina, Torino.
3. Bandura A. (1984). Autoefficacia: verso una teoria unitaria del cambiamento comportamentale. *Terapia del Comportamento*, 2: 43-67.
4. Beck A.T. (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio, Roma 1984.
5. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. (1988). *L'ansia e le fobie*. Astrolabio, Roma 1988.
6. Beck A.T., Freeman A. (1998). *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Mediserve, Napoli.
7. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. Emery G. (1987). *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
8. Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. The Guilford Press, New York.
9. Botvin G.J., Baker E., Dusenbury L., Tortu S., Botvin E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-Year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 4: 437-446.
10. Caracciolo E., Rovetto F. (1988). *Handicap: Nuove metodologie per il ritardo mentale*. FrancoAngeli, Milano.
11. Carroll K.C. (2001). *Trattamento della dipendenza da cocaina. Approccio cognitivo comportamentale*. Centro Scientifico Editore, Torino.
12. Cionini L. (1999). Dalla prospettiva comportamentale a quella costruttivista. In O. Codispoti, C. Clemente (a cura di). *Psicologia clinica. Modelli, metodi, trattamenti*. Carocci Editore, Roma.
13. Cocchi A., Meneghelli A. (2004). L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio. Centro Scientifico Editore, Torino.
14. Colombo F., Verrilli R. (2004). Il gruppo di assertività. In O. Casati, M.R. Rossin, A. Teruggi, R. Verrilli (a cura di). *Lavorare con i gruppi in alcologia*. Edizioni Medico Scientifiche, Torino.

15. Cummings C., Gordon J.R., Marlatt G.A. (1987). Una teoria cognitivo-comportamentale della ricaduta. *Terapia del Comportamento* 14: 25-49.
16. De Luca G. (1999). Approccio cognitivo alla tossicodipendenza. *Percorsi di integrazione*, 8, 2: 30-39.
17. Dèttore D. (2001). *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. McGraw-Hill, Milano.
18. Ellis A. (1998). Riesamina dell'ABC della Terapia Razionale-Emotiva (RET). *Terapia del Comportamento – Quaderni*, 2: 23-54.
19. Garner D.M., Dalle Grave R. (1999). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press, Verona.
20. Goldwurm G. F., Baruffi M., Colombo F. (2004). *Qualità della vita e benessere psicologico. Aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felice*. McGraw-Hill, Milano.
21. Goldwurm G.F. (1998). Psicoterapie comportamentali e cognitivo-comportamentali. In L. Cionini (a cura di). *Psicoterapie. Modelli a confronto*. Carocci, Roma.
22. Griffin K.W., Scheier L.M., Botvin G.J., Diaz T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 3: 194-203.
23. Hollonds G.B., Oei T.P., Turecek L.R. (1980). An evaluation of a behaviour therapy programme as an intervention treatment for the fear of withdrawal with heroin-dependent persons. *Drug and Alcohol Dependence* 5, 2: 153-160.
24. Iannaccone N. (2005). *Stop al bullismo*. La Meridiana, Molfetta (BA).
25. Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health* 23, 2: 151-160.
26. Marlatt G.A., Barrett K. (1998). Prevenzione delle ricadute. In M. Galanter, H.D. Kleber (a cura di), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano.
27. Meazzini P. (1984). La terapia e modificazione del comportamento: un'introduzione storico-epistemologica. In P. Meazzini (a cura di), *Trattato teorico-pratico di terapia e modificazione del comportamento*. Erip, Pordenone.
28. Melamed B.G., Siegel L.J. (1983). *Medicina comportamentale*. Raffaello Cortina, Milano.

29. Michielin P. Bettinardi O. (2004). Prove di efficacia e linee guida per i trattamenti psicologici e le psicoterapie. *Link*, 5: 6-26.
30. Moderato P., Ziino M.L. (1994). L'evoluzione del paradigma comportamentista: dal meccanicismo al contestualismo. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 1/2: 523-543.
31. Moderato P., Ziino M.L. (1995). Comportamentismo, meccanicismo e contestualismo: nascita ed evoluzione di un paradigma. In P. Moderato, S. Sirigatti (a cura di), *L'uomo che cambia*. FrancoAngeli, Milano.
32. Morin C.M., Espie C.A. (2004). *Insonnia. Guida alla valutazione e all'intervento psicologico*. McGraw-Hill, Milano.
33. Sacchi D. (2003). *Apprendisti adulti. Interventi di prevenzione e terapia con gli adolescenti*. McGraw-Hill, Milano.
34. Sibilis L., Carro L., Saenz Caballero N. (2002). Usi ed abusi della metanalisi nella valutazione di efficacia delle psicoterapie. In A. Meneghelli, Bislunghi L., F. De Ambrogi (a cura di). *Atti del XI Congresso Nazionale ALAMC "Prevenire, riparare, costruire il ben essere"*. AIAMC, Milano.
35. Sobell M.B., Sobell L.C. (1996). Control as a pathway to recovery from alcohol problems. In P.M. Salkovskis (a cura di). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. John Wiley & Sons, New York.
36. Tiffany S.T. (1999). Cognitive concepts of craving. *Alcohol Research & Health*, 23, 3: 215-224.
37. Wells A. (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw-Hill, Milano.

3

I principi per la Prevenzione delle dipendenze

3.1 FINALITÀ ED OBIETTIVI DELLA PREVENZIONE. UNO SGUARDO SULL'EUROPA

GREGOR BURKHART *, MANUEL BENEDUSI **, MARA SCIORRA **

* Osservatorio Europeo Droghe e Tossicodipendenze – Lisbona

** Dipartimento delle Dipendenze – ASL della Provincia di Varese

In termini generali, la prevenzione ha come oggetto la protezione della salute a livello fisico, psichico e sociale. Se per molto tempo la classificazione più utilizzata delle aree di intervento preventivo, distingueva fra interventi di Prevenzione Primaria, Prevenzione Secondaria e Prevenzione Terziaria, attualmente la revisione dei sistemi di *classificazione* per l'Institute of Medicine ha portato all'adozione di criteri più pragmatici e funzionali alla definizione di progetti d'intervento, che si basa su una diversa "focalizzazione" dei target degli interventi di prevenzione.

Tale *classificazione* propone una distinzione fra:

- ***approcci universali***, cui fanno riferimento quegli interventi considerati "desiderabili" per l'intera popolazione, senza valutare profili di rischio;
- ***approcci selettivi***, rivolti a sottogruppi di popolazione il cui rischio di sviluppare un qualsiasi disturbo risulta significativamente maggiore rispetto alla media,
- ***approcci mirati***, applicabili cioè ad individui identificati come portatori di chiari segni o sintomi prodromici, tali da doverli considerare vulnerabili e ad alto rischio.

Gli interventi che fanno riferimento all'approccio della prevenzione universale sono volti a ridurre l'incidenza di un disturbo ancora in forma latente, agendo sulla popolazione "sana" per prevenire l'insorgenza di nuovi casi clinici e per ridurre l'impatto o l'esposizione a fattori di rischio. L'esempio tipico, costituito dagli interventi formativi in ambito scolastico,

ha messo in luce in Europa la possibilità di tre strategie di azione, differenti per scala di progetto:

- l'implementazione di grandi programmi standardizzati di prevenzione (a volte a livello nazionale),
- la formazione esclusiva degli insegnanti come veicolatori del messaggio,
- la costituzione di “reti di scuole” che promuovano la salute con un programma comune.

La prevenzione nelle scuole risulta indicata come priorità politica nella maggior parte dei Paesi europei, ma molti di questi continuano ad utilizzare metodi e strumenti la cui efficacia non risulta dimostrata, senza documentare monitoraggio e valutazione degli effetti degli interventi.

L'ambito scolastico costituisce infatti un'area di notevole interesse per gli interventi preventivi, proprio per l'elevata concentrazione di giovani e di educatori che gravitano intorno ad esso. Questo risolve dall'inizio il grande problema della prevenzione su come arrivare al gruppo target.

Secondo l'O.E.D.T., la maggior parte dei programmi di prevenzione all'uso di sostanze ha come obiettivo quello di far ritardare o evitare l'assunzione di stupefacenti e la tossicodipendenza da parte dei giovani, intervenendo a partire dall'ambito scolastico tradizionale.

La prevenzione nella scuola inoltre, non dovrebbe focalizzarsi esclusivamente sul problema “droga”, ma sarebbe utile comprendesse anche aspetti riferiti ai comportamenti di addiction, includendo nelle attività aspetti di carattere personale e sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie degli alunni. Nello specifico, l'Osservatorio di Lisbona segnala il fatto che interventi preventivi universali dimostratisi efficaci sono quelli che utilizzano strategie come, ad esempio: l'insegnamento interattivo, **gli interventi che pongano l'accento sulle capacità personali e sociali (Life Skills) e sulle credenze normative**. Sono risultati addirittura controproducenti invece, gli interventi solamente informativi, brevi, sporadici o “moralistici”.

Vi sono poi gli interventi di prevenzione universale proposti al di fuori dell'ambiente scolastico, che raggiungono i giovani con diverse modalità: attraverso attività ludiche, lavorative e creative o nel tempo libero (Grecia, Spagna, Lettonia, Lussemburgo, Regno Unito), facendo leva sullo sport, oppure facendo ricorso a tecniche di lavoro di strada (Danimarca, Austria,

Portogallo, Norvegia). Sono interventi il cui obiettivo è quello di impegnare i giovani in norme, comportamenti ed atteggiamenti che proteggono l'individuo attraverso il gruppo (Germania, Italia e Finlandia).

Gli approcci di tipo Selettivo e Mirato, invece, agiscono su gruppi o su individui considerati maggiormente "a rischio", con l'obiettivo di intervenire preventivamente su fattori, stadi e situazioni di rischio, ma non necessariamente fornendo un trattamento. Camper itineranti, progetti nei locali notturni, programmi dedicati a giovani che vivono in aree socialmente svantaggiate sono i servizi di recente creazione ad oggi più diffusi nei Paesi dell'Unione Europea. La prevenzione selettiva parte dall'assunto che il gruppo target sviluppi più probabilmente o più velocemente problemi relazionati al consumo e si rivolge principalmente a questi gruppi, perché abitualmente non sono raggiunti dalla prevenzione universale: sono giovani che non si ritengono consumatori problematici e hanno problemi legati alla droga ma non sanno come affrontarli. I gruppi a rischio individuati nella prevenzione selettiva possono essere molti, ma quelli individuati in Europa come più vulnerabili rispetto alla possibilità di consumare sostanze sono quattro:

- ☐ ragazzi che abbandonano la scuola;
- ☐ giovani che hanno avuto contatto con le autorità giudiziarie;
- ☐ gruppi etnici;
- ☐ giovani che sperimentano sostanze.

Sostanzialmente si interviene su condizioni di rischio e di protezione che sono modificabili, per esempio l'utilizzo del tempo libero, le competenze sociali e personali (come comunicare, come organizzarsi, come definire obiettivi, come sapere cosa voglio, quali sono i miei valori e come posso essere coerente con essi, come posizionarmi di fronte ad amici che hanno condotte problematiche), le capacità accademiche e di studio, la correzione delle percezioni sbagliate di norme e normalità. Nella prevenzione selettiva, invece, non si interviene come se gli adolescenti avessero un problema psicologico che ha bisogno di un trattamento.

Nel luglio 2005, è stato pubblicato ufficialmente il Piano di Azione dell'Unione Europea dei 25 Paesi membri per il periodo 2005-2008. Si tratta del primo quadriennio di una più ampia strategia europea definita per l'arco temporale 2005-2012, rispetto al quale è atteso per il 2009 una relazione di valutazione. Nel documento si ricordano alcuni obiettivi principali della

strategia di protezione della salute e della sicurezza dei cittadini e si definiscono alcuni criteri per l'individuazione delle azioni da proporre (che devono essere mirate, quantificabili, realistiche per numero, con un buon rapporto costo-efficacia, coerenti con le strategie comuni) e si scandiscono le macroaree obiettivo degli interventi, le azioni connesse, le scadenze, le titolarità delle azioni, gli strumenti di valutazione.

In particolare, per quanto attiene il tema della prevenzione, il Piano d'Azione europeo pone le seguenti priorità di intervento:

1. Migliorare l'accesso ai programmi di prevenzione delle scuole e la loro efficacia, conformemente alle leggi nazionali.

Le azioni che vengono indicate come auspicabili sono:

- garantire che i programmi globali di prevenzione efficaci e valutati, riguardanti sia le sostanze psicoattive legali che quelle illecite nonché la poliassunzione di droghe, siano inseriti nei programmi scolastici oppure attuati nella più ampia misura possibile;
- sostenere l'attuazione e lo sviluppo di programmi di prevenzione comuni dei servizi pubblici, delle comunità scolastiche e delle pertinenti ONG.

2. Creare, sviluppare e migliorare la prevenzione selettiva e nuove metodologie per raggiungere gruppi mirati, ad esempio tramite vari mezzi di comunicazione e le nuove tecnologie dell'informazione.

Le azioni che vengono indicate come auspicabili sono dunque quelle volte allo sviluppo e al miglioramento dei programmi di prevenzione rivolti a gruppi mirati selezionati (ad esempio gruppi socialmente svantaggiati, bambini socialmente esclusi e famiglie a rischio, giovani al di fuori del settore scolastico altrimenti non raggiungibili) e a contesti specifici (ad esempio le scuole guida, i posti di lavoro, i contesti ricreativi) tenendo particolarmente conto delle differenze di genere.

LO STATO ATTUALE DELLA PREVENZIONE IN EUROPA

Uno dei leitmotiv di chi si occupa di prevenzione è la necessità crescente di formulare risposte che siano adatte alla natura complessa e sfaccettata dell'odierno fenomeno della droga. Se stiamo assistendo ad un cambiamento delle modalità di assunzione delle sostanze e di comportamento di consumo in tutta Europa, forse è anche utile modificare

la risposta al contrasto abitualmente utilizzata. Allo stesso modo, se si valuta la possibilità di intraprendere attività di prevenzione, terapia o riduzione dei danni, nasce l'esigenza di comprendere meglio cosa costituisca un intervento considerato efficace, ovvero una buona prassi e un'azione basata sull'evidenza.

La prevenzione nel settore della Sanità Pubblica

La promozione della salute, intesa come presupposto della prevenzione, mira a incoraggiare i cittadini ad avere uno stile di vita sano e a creare condizioni di vita salutari per tutti, tanto che sempre più spesso si sente parlare, in alcuni Stati membri (Italia, Paesi Bassi, Slovacchia) e in Norvegia di «prevenzione nel settore della sanità pubblica».

La prevenzione in sanità pubblica implica una serie di misure preventive finalizzate a migliorare la salute delle fasce più vulnerabili della società; la prevenzione delle droghe è solo una componente di questa prevenzione. Si tratta di interventi calibrati in particolare sulle esigenze dei giovani, i cui comportamenti problematici (compreso, tra questi, il consumo di droga) sono fortemente condizionati dalla vulnerabilità (sociale e personale) e dalle condizioni di vita. Di conseguenza, poiché le strategie di prevenzione selettive e indicate intervengono a livello di rischio sul piano sociale e personale, per forza di cose esse si intrecciano con altre politiche di sanità pubblica orientate ai giovani (strategie di salute mentale per gli adolescenti, strategie relative ai disturbi del comportamento, disturbi dell'attenzione etc.), con le politiche sociali (disponibilità di spazi ricreativi e sostegno ai giovani vulnerabili o alle famiglie svantaggiate) con le politiche in materia di istruzione (ridurre il numero di abbandoni scolastici). Pertanto, la prevenzione in sanità pubblica investe l'intera gamma dei fattori di vulnerabilità che sono critici per la risoluzione dei problemi correlati all'uso della droga, coinvolgendo servizi e settori che normalmente non tratterebbero questo tipo di problemi.

Strategie principali utilizzate

Le esperienze raccolte in alcuni Stati membri suggeriscono che gli interventi di prevenzione a livello individuale siano più efficaci se supportati

da misure di regolamentazione sulle droghe lecite che contribuiscano a limitare l'accesso dei giovani a queste sostanze ed a ridurre l'accettazione sociale. Di conseguenza, le strategie di prevenzione di tipo ambientale, che tengono conto del contesto normativo e culturale dell'uso di sostanze, stanno prendendo forma un po' in tutta Europa, supportate dalle prime iniziative intraprese a livello comunitario: due esempi su tutti la direttiva sulla pubblicità dei prodotti del tabacco e la convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco. Alle campagne mediatiche viene riconosciuto in misura crescente un ruolo di sensibilizzazione (per appoggiare, sostenere e spiegare in generale al grande pubblico le motivazioni alla base delle strategie di tipo ambientale), senza tuttavia attribuirvi la capacità di modificare i comportamenti. A questo proposito, una recente revisione della letteratura internazionale da parte di autori tedeschi (Bühler e Kröger, 2005, citati nella relazione nazionale tedesca) raccomanda l'uso di campagne informative attraverso i media come strumento di supporto e non come unico mezzo per indurre cambiamenti dei comportamenti.

La prevenzione a livello di comunità locali

La maggior parte dei programmi di prevenzione selettiva sono messi a punto a livello di comunità, anche per il fatto che i vari servizi sociali coinvolti sono solitamente coordinati a questo livello. Tuttavia, nei paesi dove le comunità hanno l'autorità e la volontà di introdurre regolamenti locali, la comunità rappresenta la cellula naturale per l'adozione delle strategie ambientali. La prevenzione selettiva riferita alla comunità è diffusa nei paesi nordici e in Belgio, Paesi Bassi, Polonia e Regno Unito, mentre si sta diffondendo in paesi che in passato si erano avvalsi più raramente di questo approccio (Francia, Italia, Ungheria, Portogallo).

Stabilendo norme comunitarie sulla disponibilità e i metodi di consumo delle droghe lecite, e ottimizzando i servizi locali, le strategie di prevenzione ambientale locali rappresentano un buon punto di partenza per la realizzazione di efficaci programmi di prevenzione della droga.

La prevenzione universale nelle scuole

Le strategie di prevenzione su base programmatica stanno prendendo piede nell'ambito delle offerte formative nelle scuole. La prevenzione programmatica può implicare la messa in opera di interventi preventivi a

“moduli” standardizzati, ovvero una serie definita di sessioni, ciascuna con contenuti ben precisi, sulla base di materiali didattici dettagliati per insegnanti e studenti. Questo metodo favorisce il monitoraggio e la valutazione, tale da accrescere l'accuratezza, la precisione e la coerenza degli interventi e garantendo un servizio di elevata qualità. Di conseguenza, negli ultimi anni, un numero maggiore di Stati membri tengono monitorati gli interventi di prevenzione nelle scuole (Repubblica ceca, Grecia, Spagna, Irlanda, Italia, Cipro, Ungheria, Paesi Bassi e Regno Unito). Un recente studio europeo sulla prevenzione del consumo di stupefacenti (www.eudap.net) mostra risultati promettenti. Finanziato dalla Commissione europea, il progetto è stato messo in atto e sottoposto a una valutazione incrociata in sette paesi, nove centri regionali e 143 scuole, coinvolgendo complessivamente 7.000 studenti (3.500 in un gruppo sperimentale e 3.500 in un gruppo di controllo). L'EU-Dap riferisce che, rispetto al gruppo di controllo, gli studenti del gruppo sperimentale hanno il 26 % di probabilità in meno di fumare quotidianamente, il 35 % di probabilità in meno di ubriacarsi di frequente e il 23 % di probabilità in meno di fare uso di cannabis. In altri paesi, come in Italia, i dati di ricerche su scala nazionale (Espad) e divulgati dalla Relazione Annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze 2006, hanno mostrato come alcuni comportamenti messi in atto dagli intervistati negli ultimi 30 giorni (come fumare e ubriacarsi), siano considerati fattori di rischio (si veda l'approfondimento nei paragrafi successivi) verso il consumo di altre sostanze.

Un approccio di ricerca analogo di tipo programmatico è il progetto Blueprint, realizzato nel Regno Unito. Inoltre, viene data oggi maggiore attenzione a una più rigorosa guida tecnica e a una maggiore estensione dei progetti di prevenzione nelle scuole (per esempio, in Francia e in Irlanda).

La prevenzione selettiva

La strategia della prevenzione selettiva, una volta che è stata riconosciuta e sviluppata nella maggior parte degli Stati membri, viene finalizzata sempre più ai gruppi vulnerabili. Per esempio, Germania, Grecia, Lussemburgo, Austria, Finlandia e Regno Unito riferiscono di programmi mirati ai giovani delinquenti. In Svezia vi è stato un aumento dei programmi destinati ai bambini in età prescolare a rischio e nei bambini in età scolare con comportamenti esternalizzanti (il numero di comuni che realizzano

questi programmi è quasi raddoppiato). Anche in Polonia esiste un programma di portata nazionale volto a modificare il comportamento nei confronti delle droghe di bambini vulnerabili o di bambini alle prime esperienze con il consumo di stupefacenti. Obiettivo specifico del programma polacco è dare un appoggio alle famiglie che sono alle prese con questo problema. In tal senso è utile notare che il concetto di prevenzione selettiva non è incentrato sul consumo di droga e non stigmatizza il consumatore, bensì è orientato alla vulnerabilità in senso lato.

Inoltre, la Norvegia sta elaborando una strategia nazionale di intervento precoce per combattere il consumo problematico di alcol e droga, dove le azioni di prevenzione saranno indirizzate nello specifico ai gruppi a rischio. Gli approcci che non utilizzano come strategia l'astinenza, sono efficaci nel ridurre non soltanto il consumo bensì anche l'iniziazione al consumo tra quei gruppi in cui già si osserva un consumo di stupefacenti incipiente.

Gli Stati membri, come abbiamo visto, riferiscono in misura crescente interventi destinati a gruppi etnici specifici nell'ambito delle loro politiche di prevenzione selettiva; e tra questi, l'Italia, il Belgio, la Germania e il Lussemburgo, li hanno proposti per la prima volta recentemente. In particolare in Italia la priorità di molti progetti ricade oggi sulla protezione di bambini, madri e famiglie di immigrati o di individui appartenenti alle minoranze etniche. In Lussemburgo si presta un'attenzione particolare ai giovani e alla più grande comunità di immigrati, concentrandosi sulle specificità linguistiche e socioculturali.

La prevenzione selettiva nelle scuole

I giovani a rischio di abbandonare la scuola e/o con problemi comportamentali sono sempre più i destinatari degli interventi di prevenzione dell'uso di stupefacenti; valga come esempio il caso in Italia, dove recentemente il 15 % circa delle azioni di prevenzione nelle scuole è orientato ai sottogruppi vulnerabili degli studenti (prevenzione selettiva e indicata). Questi principali destinatari della prevenzione selettiva nelle scuole sono gli studenti con problemi comportamentali sociali, problemi scolastici o familiari, gli studenti immigrati e/o appartenenti a minoranze etniche. Il rendimento scolastico e la frequenza scolastica sono risultati buoni predittori dei problemi correlati alla droga, cosicché il monitoraggio di questi indicatori consente di intervenire in maniera tempestiva e accurata sul fenomeno.

Anche l'abbandono scolastico è il fulcro dei programmi di prevenzione messi in atto in alcuni Stati membri. A Malta si è scelto di destinare i programmi di prevenzione agli studenti più a rischio, mentre in Francia e in Slovacchia vengono forniti nelle scuole servizi di consulenza, in base alle (auto)segnalazioni pervenute. Il progetto HUP, in corso nella contea di Storstrom in Danimarca, mira ad aumentare la percentuale media di studenti che completano la scuola dal 75 % verso l'obiettivo nazionale del 95 %, rivolgendosi in particolare agli studenti vulnerabili. Iniziative analoghe sono riferite in Irlanda, Portogallo (47 progetti), Romania (un progetto) e Norvegia (opuscoli per insegnanti). Ridurre la percentuale di dispersione è l'obiettivo ufficiale della strategia nazionale irlandese, con una flessione attesa del 10 % rispetto alle cifre del 2005-2006 nelle aree della LDTF (*local drug task force*, task force locale sulle droghe).

La prevenzione selettiva in ambito familiare

Con l'aumentare del numero di giovani che iniziano a utilizzare le droghe, cresce anche l'urgenza di migliorare e intensificare la prevenzione nelle famiglie. La prevenzione in famiglia nell'UE si pone sempre più al centro dell'attenzione ed è sempre più saldamente strutturata sulle esigenze delle famiglie.

Nei ragazzi in età preadolescenziale l'influsso familiare prevale su quello dei coetanei. Il ruolo della famiglia nello stabilire regole e forme di sostegno per i bambini è quindi più importante per la prevenzione piuttosto che fornire esclusivamente informazioni sulle sostanze usate. Alcuni Stati membri (Germania, Spagna, Irlanda, Italia e Regno Unito) riconoscono che può essere difficile per le istituzioni raggiungere le famiglie problematiche; di conseguenza, nel Regno Unito la campagna FRANK ha elaborato un pacchetto di azioni per gruppi di intervento contro il consumo di alcol e stupefacenti e per operatori della prevenzione spiegando come fare per raggiungere le famiglie. In altri Stati membri sono stati invece avviati programmi di prevenzione selettivi destinati nello specifico alle famiglie a rischio: sono programmi che si avvalgono di alcune tecniche per avvicinare e coinvolgere le famiglie a rischio (come ad esempio con incentivi finanziari, servizi di babysitting e alimenti gratuiti), basati perlopiù sul programma di rafforzamento delle famiglie di Kumpfer (Kumpfer e altri, 1996). Il programma di rafforzamento delle famiglie (SFP) viene attuato in Spagna (Palma di Maiorca e Barcellona), Paesi Bassi (due città, studio di

valutazione) e Svezia (due città). Anche in Irlanda e Italia è in corso di sviluppo la progettazione: si prevede infatti di realizzare il programma in più città. La Norvegia sta valutando di mettere a punto l'analogo programma MST nell'ambito di uno studio controllato randomizzato.

Programmi per bambini trascurati e giovani provenienti da famiglie svantaggiate sono in fase di realizzazione in Polonia e in alcune province austriache. Si tratta di programmi attuati in locali di proprietà della comunità, come le sale per attività socioterapeutiche, i consultori, i luoghi d'incontro per i giovani e i centri di prevenzione. Alcuni paesi orientano le proprie attività ancor più selettivamente, come per i figli degli alcolizzati (Belgio, Germania, Austria) o i figli di tossicodipendenti.

La prevenzione basata sull'efficacia: i contributi internazionali

Date queste premesse, è possibile notare come, nel campo della prevenzione, si sia assistito nel corso degli anni ad una progressiva domanda di affinamento dei modelli utilizzati, ponendo sempre maggior attenzione all'applicazione di programmi evidence-based. I criteri che caratterizzano questi programmi sono:

- essere basati su teorie e modelli ben definiti;
- utilizzare modalità di raccolta dati e procedure di analisi appropriate;
- possedere un alto livello di relazioni causa-effetto;
- poter raggiungere la popolazione di riferimento.

In realtà la storia della prevenzione basata sull'efficacia è **relativamente recente** e coinvolge anche altre organizzazioni extraeuropee: una prima review di ricerche nel campo è quella messa a punto dal NIDA nel 1983 ("Preventing Adolescent Drug Abuse: intervention Strategies, Glynn, Leukefel e Lundford). Quel lavoro sottolineava l'inadeguatezza teorica e metodologica dell'epoca in questo campo, nonché l'impossibilità di comprendere come i programmi preventivi agissero realmente, il motivo per cui alcuni programmi risultassero efficaci con un target piuttosto che non con un altro. Negli ultimi vent'anni si è assistito ad un profondo mutamento nel campo della prevenzione, che ha portato ad importanti contributi per una prevenzione basata sulle evidenze, anche se rimane da sottolineare l'elemento di criticità che contraddistingue la realtà italiana: *in molti contesti, le*

fonti riportano dati di efficacia più vicini ad una prevenzione aspecifica che ad una prevenzione delle dipendenze.

Nel 1995 il Center for Substance Abuse Prevention (CSAP), in collaborazione con il Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) fondò un comitato nazionale per la valutazione ed il confronto dell'efficacia dei programmi indirizzati ai ragazzi definiti ad alto rischio, allo scopo di ridurre l'uso di sostanze (CSAP, 2002). Il confronto tra i programmi portò alla definizione di quattro differenti tipologie: behavioral life skills focused (focalizzate sul potenziamento dei comportamenti e delle abilità sociali considerati protettivi rispetto all'uso di sostanze), knowledge-focused (basati sulla trasmissione ai ragazzi di informazioni in merito alle proprietà delle sostanze d'abuso legali e illegali), affective perception focused (caratterizzati dal potenziamento dell'autostima e dell'immagine di sé), recreational focused (basati sul presupposto che, impegnare i ragazzi in attività incompatibili con l'uso di sostanze, come attività sportive o artistiche, contribuisca a mantenere gli stessi meno esposti a situazioni di rischio). Quest'ultima strategia persegue, inoltre, la finalità di fornire gratificazioni e piacere attraverso stimoli che non siano necessariamente quelli derivanti dall'uso di sostanze. I dati ottenuti da tali confronti hanno portato ad un dato comune, ovvero la maggior efficacia dei programmi basati sul potenziamento delle life-skills, al loro coinvolgimento in attività capaci di impegnare attivamente i ragazzi, nonché all'enucleazione di alcuni elementi che è utile tenere presenti nel momento in cui si programmano interventi di prevenzione:

- risultano più efficaci i programmi che trasmettono abilità comportamentali concrete piuttosto che interventi volti ad aumentare la conoscenza;
- i programmi più efficaci risultano essere quelli che fanno propria una modalità di conduzione interattiva, nonché una finalità di promozione di relazioni supportive tra i ragazzi e gli adulti di riferimento o con i peer-leader;
- è importante che il programma, per risultare efficace, sia monitorato costantemente nel suo attuarsi, nonché implementato facendo riferimento al modello di riferimento;
- l'arco di tempo di attuazione del programma deve essere sufficientemente lungo;

- il programma risulterà più efficace se ci sarà stata una chiara e condivisa definizione degli obiettivi da perseguire.

Oltre a tali elementi, è utile ricordare le raccomandazioni internazionali, che permettono di definire una prevenzione efficace, raggiungibile attraverso il rispetto di alcune prassi quali:

- selezionare e definire chiaramente il target di riferimento;
- rivolgersi anche alle diverse forme di abuso di sostanze;
- focalizzarsi sui maggiori fattori di rischio e di protezione;
- intervenire con le famiglie;
- intervenire nelle maggiori istituzioni della comunità;
- intervenire spesso e precocemente;
- fare azione informativa integrata;
- fortificare attitudine e norme anti-droga;
- fortificare life-skills e capacità di rifiutare le droghe
- considerare attività alternative come veicolo;
- usare tecniche interattive;
- considerare ed utilizzare risorse e marketing.

È possibile rinvenire in letteratura diverse linee guida e review sulla prevenzione efficace, per la consultazione delle quali si rimanda al volume “Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze. I diversi aspetti della valutazione” (pag. 31-54). Nel volume citato sono riportati gli strumenti forniti dai principali referenti internazionali, nazionali ed europei che si occupano di dipendenze da sostanze psicoattive in tutti i suoi aspetti, compresa la prevenzione.

Un approfondimento: fattori di rischio e fattori di protezione

In questo paragrafo si vuole approfondire quanto evidenziato nella Relazione Annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia 2005, ovvero l'utilità di lavorare sull'incremento dei fattori di protezione (che possono aiutare i soggetti a fronteggiare situazioni avverse) e la diminuzione dei fattori di rischio (associati ad una maggiore probabilità di sviluppare un comportamento disadattivo). Risulta dunque utile dedicare particolare attenzione all'approfondimento di tali aspetti.

Fino a poco tempo fa, la maggior parte delle esperienze indicavano che gli interventi di prevenzione universale erano efficaci se realizzati con soggetti che non consumano sostanze, mentre hanno un'efficacia limitata su giovani a rischio, ma soprattutto perché spesso questi ultimi rappresentano un target non raggiunto dagli interventi preventivi (es. giovani che terminano precocemente il loro percorso di studi). I contenuti classici ed efficaci nella prevenzione universale, invece, sono ugualmente efficaci per gruppi a rischio (Sussmann 2004).

Peraltro, se si osserva il trend di soggetti che sperimentano sostanze stupefacenti, il dato che se ne ricava è che non tutti i giovani che usano sostanze diventano successivamente degli abusatori. Per molti, infatti, il consumo di sostanze rimane una pratica occasionale, legata a contesti ludico-ricreativi o ad una fase di vita. Il fatto che solo una minoranza di giovani che sperimentano sostanze stupefacenti manifesti nel tempo un comportamento d'uso problematico e diventi tossicodipendente, dipende perciò più dal grado di vulnerabilità dei giovani e dalla presenza di fattori protettivi nel proprio iter evolutivo che dall'uso di sostanze in sé. Se nella storia di vita del soggetto i fattori di rischio sono molto presenti e hanno un peso che supera quello dei fattori protettivi, allora egli sarà più vulnerabile, viceversa, se i fattori protettivi hanno un peso maggiore, l'individuo avrà una minore probabilità di mettere in atto comportamenti a rischio o a perseverare nella loro adozione (Leone, 2005).

I fattori di rischio indicano dunque le condizioni nelle quali è più probabile che si sviluppi un certo comportamento disadattivo e agiscono a tutti i livelli della società: individuo, famiglia, scuola, gruppo dei pari, situazione di lavoro, ambiente e la stessa comunità (Chavis, De Pietro e Martini, 1994) e sono anche di carattere biologico: sensation seeking, Attention Deficit Disorder, externalising behavioural disorders (Button et al. 2007, Dierker et al. 2007). Anche i fattori protettivi agiscono a diversi livelli quali sono considerati ad esempio la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari, l'individuo e la comunità. Lo studio dei fattori di rischio e di quelli di protezione si è evoluto nel tempo direzionandosi verso l'analisi di fattori di rischio aspecifici, ovvero relativi ad una molteplicità di forme di disagio e devianza e specifici, ovvero relativi al consumo di sostanze. Esempi di fattori protettivi aspecifici sono quelli forniti da Benard nel 1991, che mettono in luce le caratteristiche dei soggetti che consentono loro di fronteggiare adeguatamente le situazioni di difficoltà ambientale:

- ❑ essere socialmente competente;
- ❑ avere una buona capacità di soluzione dei problemi;
- ❑ avere un forte senso della propria identità e della propria capacità di esercitare un controllo sull'ambiente;
- ❑ avere delle buone aspettative di salute e una visione positiva del futuro.

Per quanto riguarda i fattori di rischio aspecifici, è bene ricordare che l'esposizione ad essi ha degli effetti cumulativi, ovvero la probabilità che compaiano comportamenti disadattivi aumenta a causa del numero, dell'intensità e della durata dei fattori di rischio.

I numerosi studi (NIDA, 2003, Lloyd 1998 e Rhodes et al. 2003 per l'Europa) effettuati negli ultimi anni sui progetti che fanno riferimento alla prevenzione basata sui fattori di rischio e di protezione hanno evidenziato una connessione tra l'efficacia di questi interventi e le evidenze di efficacia, pur ricordando che non esiste una relazione lineare tra determinati fattori di rischio o comportamenti a rischio e l'abuso di sostanze (Burkhart, 2003).

Si è comunque potuto ipotizzare una sintesi di quali siano i fattori di rischio che incidono sul consumo di sostanze stupefacenti. Naturalmente sono molti i fattori che possono influenzare la crescita degli individui e condizionare lo sviluppo dei determinati comportamenti. Se ad esempio un soggetto nasce in un contesto particolarmente problematico e in una famiglia in cui si vivono situazioni di disagio e di violenza, è statisticamente più probabile che la sua crescita segua un percorso deviante. Il bambino, infatti, in breve tempo potrebbe manifestare degli atteggiamenti aggressivi e, una volta inserito in ambito scolastico, potrebbe essere isolato dal gruppo dei pari; da qui, la disaffezione allo studio e con molta probabilità l'uscita precoce dall'iter scolastico (NIDA, 6, 2003) e l'inserimento in gruppi con atteggiamenti devianti, compreso l'uso di sostanze. Le azioni di prevenzione dovrebbero dunque intervenire in modo mirato, globale e tempestivo per contrastare il procedere del percorso a rischio avviato, agendo attraverso un rafforzamento dei fattori protettivi e non soltanto concentrarsi nel consumo di sostanze. E' infatti possibile che anche giovani che non manifestano alcuna condizione di "vulnerabilità" possano intraprendere una carriera di tossicodipendenti o di consumatori problematici di sostanze, così come è possibile che l'interazione tra consumo di sostanze e fattori di rischio sia circolare e che dunque una causa (es. la dispersione scolastica) possa essere anche effetto del consumo di sostanze stupefacenti.

E' opportuno dunque approfondire la conoscenza dei fattori di rischio presenti sul territorio in cui si va ad agire e individuare target particolarmente problematici, senza scadere però in facili generalizzazioni che trascurano, ad esempio, l'influenza che le caratteristiche individuali dei soggetti possono esercitare sull'eventuale esposizione a fattori di rischio.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella che sintetizza i principali fattori protettivi e di rischio (Canning e Altri, 2004).

Tabella 1: Fattori di rischio e fattori protettivi.

Fattori di rischio	Fattori protettivi
<i>Fattori di rischio connessi al contesto</i>	<i>Fattori protettivi connessi al contesto</i>
<ul style="list-style-type: none"> - disponibilità di sostanze - status socio-economico basso - povertà - amici che fanno uso di sostanze - amici che hanno avuto problemi con la giustizia 	<ul style="list-style-type: none"> - amicizie adulte prosociali - gruppo di pari prosociale - status socio-economico alto
<i>Famiglia</i>	<i>Famiglia</i>
<ul style="list-style-type: none"> - genitori che hanno comportamenti devianti e che abusano di sostanze - scarso controllo - mancanza di affetto e cure - presenza di conflitti familiari e di una scarsa stabilità - scarsa stabilità economica 	<ul style="list-style-type: none"> - stabilità della famiglia - unione familiare - affetto e cura da parte dei genitori - controllo da parte dei genitori
<i>Caratteristiche individuali</i>	<i>Caratteristiche individuali</i>
<ul style="list-style-type: none"> - adozione precoce di comportamenti devianti (fumo e alcool) - esperienze sessuali precoci - inizio precoce di uso di sostanze e rapido aumento del consumo - atteggiamento favorevole rispetto alle sostanze - problemi comportamentali - depressione - aggressività - impulsività/iperattività - ricerca compulsiva di nuove emozioni - personalità antisociale 	<ul style="list-style-type: none"> - inizio di comportamenti devianti o di consumo di sostanze posticipato - atteggiamento sfavorevole rispetto alle sostanze - credenze religiose - buona consapevolezza di sé - bassa impulsività - temperamento calmo

- problemi di salute mentale	
<i>Scuola/ educazione</i>	<i>Scuola/ educazione</i>
<ul style="list-style-type: none"> - basse performance scolastiche - mancanza di impegno e di interesse - scarse aspettative - assenze e drop out - scarso supporto da parte degli insegnanti 	<ul style="list-style-type: none"> - buone relazioni con gli insegnanti - alte aspettative da parte dei genitori - interesse - supporto consistente da parte degli insegnanti

CONCLUSIONE

La complessa realtà con la quale ci si confronta in quanto operatori della prevenzione, caratterizzata da un continuo mutamento nelle modalità di assunzione delle sostanze e nei comportamenti di consumo porta con sé la necessità di modificare le strategie di contrasto abitualmente utilizzate.

Per poter intraprendere un'attività di prevenzione, occorre in primo luogo divenire consapevoli di quali interventi siano da considerarsi efficaci, attenersi alle buone prassi e alle azioni basate sulle evidenze già note. Da tale esame iniziale si potranno poi individuare le strategie idonee, evitando quelle inefficaci o addirittura controproducenti (come, ad esempio, quelle esclusivamente di tipo informativo), ma anche, allo stesso tempo, sarà possibile focalizzare l'attenzione sui target considerati maggiormente a rischio, come i ragazzi più giovani o quelli fuori dai circuiti scolastici.

È inoltre importante approfondire gli studi sui fattori personali di rischio e di protezione, in quanto elementi capaci di fornire indicazioni su quali aspetti sia utile concentrare gli sforzi per contrastare il fenomeno.

Tali acquisizioni, cui si è fatto riferimento nel capitolo, costituiscono un bagaglio che ciascun operatore della prevenzione può utilizzare per programmare e mettere in pratica interventi realmente efficaci.

BIBLIOGRAFIA

1. Button, T.; Rhee, S.; Hewitt, J.; Young, S.; Corley, R. & Stallings, M. (2007), 'The role of conduct disorder in explaining the comorbidity between alcohol and illicit drug dependence in adolescence', *Drug and Alcohol Dependence* **87**(1), 46--53.

2. Dierker, L.; Vesel, F.; Sledjeski, E.; Costello, D. & Perrine, N. (2007), 'Testing the dual pathway hypothesis to substance use in adolescence and young adulthood', *Drug and Alcohol Dependence* **87**(1), 83--93.
3. Lloyd C (1998), 'Risk Factors for problem drug use: identifying vulnerable groups', *Drugs: Education, prevention and policy* **5**(3), 217--232.
4. Rhodes, T.; Lilly, R.; Fernández, C.; Giorgino, E.; Kemmesis, U.E.; Ossebaard, H.C.; Lalam, N.; Faasen, I. & Spannow, K.E. (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'', *Drugs: Education, Prevention & Policy* **10**(4), 303--329.
5. Sussman, S.; Earleywine, M.; Wills, T.; Cody, C.; Biglan, T.; Dent, C.W. & Newcomb, M.D. (2004), 'The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of "Drug Abuse" Prevention', *Substance Use & Misuse* **39**(10), 1971--2016.

3.2 ANALISI DELLE LINEE GUIDA E DEGLI INDIRIZZI INTERNAZIONALI NELLA PREVENZIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE

DIANA CANDIO*, GIOVANNI SERPELLONI**

* Osservatorio Regionale sulle Dipendenze – Regione del Veneto

** Dipartimento Dipendenze – Regione del Veneto Azienda ULSS 20

L'obiettivo principale dei progetti di prevenzione è quello di contrastare l'uso di sostanze psicoattive nella comunità e soprattutto tra gli adolescenti, attraverso la riduzione dei fattori di rischio e dei comportamenti problematici e l'acquisizione di competenze ed abilità personali. Tuttavia, la complessità delle attività di prevenzione nell'ambito delle tossicodipendenze ha fatto emergere l'urgenza di definire dei modelli di intervento con caratteristiche ben definite, al fine di fornire un'utile guida a tutti coloro che operano (con ruoli decisionali e operativi) in questo settore. Numerosi studi hanno messo in luce dei fattori, basati sulla ricerca scientifica e sugli studi di efficacia sull'abuso di droghe, che per le loro caratteristiche e contenuti possono contrastare efficacemente l'abuso di sostanze psicoattive nella popolazione.

In questo articolo presenteremo appunto le principali linee guida, basate sulla ricerca scientifica, relative alla progettazione, implementazione e valutazione dei programmi di prevenzione. La maggior parte del materiale presentato è reperibile gratuitamente nella rete, e rappresenta il contributo dei principali referenti internazionali ed europei che si occupano di dipendenza da sostanze psicoattive e prevenzione.

FATTORI PRIMARI PER LO SVILUPPO DELLA TOSSICODIPENDENZA

Alla base degli interventi di prevenzione si trova la volontà di prevenire l'insorgenza di comportamenti a rischio, oltre che di comprendere le cause

determinanti lo sviluppo della dipendenza da sostanze psicoattive. Numerosi fattori possono contribuire all'origine dell'uso di sostanze influenzando il comportamento dei soggetti, aumentando la probabilità di sviluppare tossicodipendenza o, vice versa, svolgendo un'azione protettiva rispetto al consumo di sostanze. Le evidenze epidemiologiche e della pratica clinica hanno dimostrato che non tutti gli individui, entrati in contatto con sostanze stupefacenti, sono esposti ad un uguale rischio di sviluppare uno stato di dipendenza. Le caratteristiche individuali, ma anche quelle dell'ambiente familiare e sociale, concorrono a creare le condizioni di aumentato/ridotto rischio, definite in termini appropriati "vulnerabilità" (Serpelloni e Gerra, 2002). La vulnerabilità non deve essere intesa come sinonimo di predestinazione, piuttosto descrive una condizione individuale, suscettibile anche di forti variazioni, che in caso di disponibilità di sostanze d'abuso espone il soggetto ad un più alto rischio di sviluppare una tossicodipendenza.

Le cause ipotizzate come determinanti per lo sviluppo del comportamento di consumo sono numerose, interagiscono tra loro rendendo il soggetto più o meno vulnerabile all'uso di droghe. Si tratta in linea generale di:

1. fattori biologici (caratteristiche congenite ed acquisite);
2. fattori socio-famigliari;
3. fattori psichici;
4. fattori ambientali (disponibilità di reperire le sostanze, riti e cultura di una società) (Serpelloni e Gerra, 2002).

Lo stato di vulnerabilità è multifattoriale e la combinazione di fattori di rischio e fattori di protezione è in grado di dar luogo a situazioni in cui l'individuo, pur essendo esposto a dei rischi, non sviluppa uno stato di tossicodipendenza per effetto dell'azione dei fattori protettivi. I **fattori di "protezione"** e i **fattori di "rischio"** agiscono a tutti i livelli della società: individuo, famiglia, scuola, gruppo dei pari, ambiente di lavoro, comunità.

I fattori protettivi riguardano sostanzialmente l'individuo e il rapporto con la famiglia, i legami affettivi, la presenza e il supporto emotivo dei genitori nella vita dei figli. I fattori di rischio, invece, possono essere anche di natura genetica, poiché numerosi studi hanno dimostrato il peso della componente ereditaria sui comportamenti d'abuso e dipendenza. Gli studi condotti sul patrimonio cromosomico evidenziano come i figli di genitori

alcolisti abbiano una probabilità otto volte superiore di sviluppare uno stato di dipendenza, rispetto a coloro che non hanno genitori con tali patologie (Orlandini et al, 2002). Tuttavia, non sempre è facile distinguere il ruolo dell'ereditarietà da quello dell'ambiente, poiché anche un atteggiamento positivo da parte della famiglia nei confronti del consumo di sostanze (es. alcol, tabacco, ecc.) può avere una valenza negativa, oltre che incrementare la disponibilità in casa delle sostanze stesse.

Tabella 1: Fattori di rischio e fattori protettivi che influiscono sui comportamenti dei soggetti.

FATTORI DI RISCHIO	AMBITO	FATTORI DI PROTEZIONE
Comportamento precoce aggressivo	Individuale	Controllo dell'impulsività
Mancanza della supervisione genitoriale	Famiglia	Monitoraggio genitoriale
Abuso di sostanze	Coetanei/pari	Competenze scolastiche
Disponibilità di sostanze	Scuola	Regole antidroga
Povertà	Comunità	Forte attaccamento all'ambiente circostante

Fonte: NIDA, 2003

I comportamenti a rischio possono manifestarsi in stadi diversi della vita, dall'infanzia fino all'età adulta, anche se aumenta la probabilità che vengano attivati dai giovani durante i principali momenti di transizione, per esempio durante cambiamenti significativi nello sviluppo adolescenziale (trasformazione fisica e psicologica), o nella situazione affettiva (separazioni dei genitori) e sociale (cambiamento di città/quartiere). Tendenzialmente, maggiori sono i fattori di rischio cui un individuo è esposto, maggiori probabilità avrà di sviluppare comportamenti d'addiction.

Di conseguenza, uno degli **obiettivi** della prevenzione è quello di modificare l'equilibrio fra fattori di rischio e di protezione, in modo tale che quest'ultimi prevalgano. Gli interventi di prevenzione, quindi, mirano a rafforzare i fattori di protezione intervenendo precocemente sui ragazzi, valorizzando la struttura protettiva della famiglia, fornendo supporto ai giovani, favorendo lo sviluppo di abilità personali, riducendo le situazioni di rischio prima che si evolvano e che si consolidino.

LA PREVENZIONE EVIDENCE BASED

La denominazione “evidence-based” si riferisce ad un processo in cui gli esperti, utilizzando modalità condivise di analisi di studi e ricerche, giungono ad un consenso relativo alla credibilità e sostenibilità dei risultati della valutazione degli stessi. Perciò, questo approccio viene utilizzato non solo per descrivere il processo, ma è applicato anche al singolo programma. Inizialmente questo concetto è stato applicato alla medicina, ma successivamente è stato esteso anche all'ambito della prevenzione delle dipendenze.

La “evidence-based prevention”, ovvero prevenzione basata sull'evidenza scientifica, permette di individuare modalità d'intervento preventivo efficaci con lo scopo di fornire un valido riferimento per la programmazione degli interventi. I programmi basati su questi criteri presentano le seguenti caratteristiche:

- ☐ sono basati su teorie e modelli definiti e condivisi;
- ☐ utilizzano tecniche di raccolta dati e analisi appropriate;
- ☐ possiedono un alto livello di relazioni causa-effetto;
- ☐ raggiungono il target di riferimento.

Questo approccio permette di verificare che gli effetti ottenuti dal programma di prevenzione siano riconducibili al programma stesso e non ad altre variabili esterne. Ne consegue che i programmi di prevenzione fondati scientificamente offrono risultati misurabili e maggiori garanzie sull'efficacia degli interventi stessi (CSAP, 2001). Le indicazioni e i principi estrapolati dalle ricerche contribuiscono alla definizione di buone prassi tali da rappresentare, ormai, un elemento irrinunciabile della programmazione, progettazione, implementazione e valutazione. Di particolare rilievo lo

studio condotto dal NIDA (National Institute on Drug Abuse) al fine di sintetizzare e delineare le principali indicazioni nell'ambito della prevenzione, giungendo a definire linee guida di carattere universale.

LE LINEE GUIDA DELLA PREVENZIONE

Le linee guida della prevenzione, basata sulle evidenze scientifiche e di comprovata efficacia, sono state divulgate dal NIDA in una prima pubblicazione del 1997 e approfondite nell'edizione successiva del 2003. I principi della prevenzione derivano dagli studi condotti sull'origine dei comportamenti di consumo e dagli studi di efficacia per la prevenzione dell'abuso di droghe, con l'obiettivo di fornire un efficace riferimento per la programmazione degli interventi.

Qui di seguito vengono presentate le singole linee guida che possono essere raggruppate in tre macro aree sulla base del tema affrontato:

- ❑ I primi quattro principi riguardano i fattori di rischio e i fattori di prevenzione, che descrivono le condizioni grazie alle quali è maggiore/minore la probabilità che si sviluppi un comportamento disadattivo, agendo a tutti i livelli della società;
- ❑ Seguono i principi per la programmazione di interventi applicati in ambiti differenti: l'ambiente familiare (principio 5), scolastico (principi 6,7,8) e comunitario (principi 9, 10, 11);
- ❑ Le restanti linee guida sono dedicate alle modalità di attuazione dei programmi di prevenzione (principi 12, 13, 14, 15, 16).

Principio 1 - i programmi di prevenzione dovrebbero aumentare i fattori protettivi e ridurre i fattori di rischio.

Principio 2 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di sostanze: dall'uso di una sola sostanza al poli-abuso; l'uso di sostanze legali come l'alcol, o illegali come la marijuana, da parte dei minorenni; l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente (inalanti e psicofarmaci).

Principio 3 - i programmi di prevenzione dovrebbero adattarsi al problema d'abuso specifico della comunità locale, modificare i fattori di rischio e rafforzare i fattori protettivi identificati.

Principio 4 - i programmi di prevenzione, per accrescere la loro efficacia, dovrebbero considerare i fattori di rischio specifici della popolazione destinataria, quali l'età, il genere e l'appartenenza etnica.

Principio 5 - i programmi di prevenzione rivolti alle famiglie dovrebbero favorire i legami e le relazioni familiari, includere l'insegnamento delle abilità genitoriali; promuovere lo sviluppo, la discussione e l'applicazione delle regole, diffondere informazioni sulle droghe.

Principio 6 - i programmi di prevenzione possono essere attuati in età prescolare intervenendo sui fattori di rischio per l'abuso di droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali e difficoltà scolastiche.

Principio 7 - i programmi di prevenzione per le scuole elementari dovrebbero puntare a migliorare il rendimento scolastico e l'apprendimento socio-emotivo per far fronte ai fattori di rischio, come l'aggressività precoce, scarsi risultati e abbandono scolastico. L'educazione dovrebbe concentrarsi sulle abilità di autocontrollo, consapevolezza emotiva, comunicazione, abilità sociali di problem-solving.

Principio 8 - i programmi di prevenzione per gli studenti di scuola media e superiore dovrebbero aumentare le competenze scolastiche e sociali, e favorire le seguenti abilità: abitudine allo studio e al sostegno scolastico, comunicazione, relazioni tra pari, auto-efficacia e assertività, abilità di resistenza alle droghe, rafforzamento delle opinioni anti-droga e consolidamento delle posizioni personali contro l'abuso di droga.

Principio 9 - i programmi di prevenzione rivolti alla popolazione generale, in momenti di transizione cruciali come il passaggio alla scuola media, possono produrre effetti favorevoli anche in famiglie e ragazzi ad alto rischio. Tali interventi non separano i gruppi a rischio dalla popolazione generale e, quindi, riducono l'etichettamento e promuovono il legame con la scuola e la comunità.

Principio 10 - l'associazione di due o più programmi di prevenzione, come programmi destinati alle famiglie e alle scuole, risultano più efficaci di un singolo programma.

Principio 11 - i programmi di prevenzione per la comunità rivolti a più destinatari, ad esempio scuole, club, organizzazioni religiose, media, sono più efficaci quando sono coerenti tra loro.

Principio 12 - quando le comunità adattano i programmi ai bisogni, alle regole o alle differenti realtà culturali, dovrebbero mantenere gli elementi principali dell'intervento originale basato sulla ricerca, che includono: struttura (organizzazione e struttura del programma), contenuti (informazioni, abilità e strategie del programma) e attuazione (come il programma è stato adattato, realizzato e valutato).

Principio 13 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere a lungo termine con interventi ripetuti (cioè, programmi di richiamo) per rinforzare gli obiettivi di prevenzione originari. Gli studi dimostrano che i benefici derivanti dai programmi di prevenzione nelle scuole medie diminuiscono se vengono meno i programmi di follow-up nella scuola superiore.

Principio 14 - i programmi di prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti per una buona gestione della classe, per es. la gratificazione dei comportamenti appropriati degli studenti. Tali tecniche incoraggiano il comportamento positivo degli studenti, il rendimento, la motivazione allo studio e il legame con la scuola.

Principio 15 - i programmi di prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, come gruppi di discussione e giochi di ruolo in cui i ragazzi interpretano il ruolo dei genitori, che permettono il coinvolgimento attivo nell'apprendimento sull'uso di droghe e rafforzano le abilità.

Principio 16 - i programmi di prevenzione basati sulla ricerca possono essere economicamente vantaggiosi. Recenti studi americani dimostrano come ad ogni dollaro investito nella prevenzione corrisponda un risparmio fino a 10 dollari per il trattamento dell'abuso di alcool e altre sostanze.

Fonte: NIDA 2003

L'obiettivo dei programmi di prevenzione efficaci è quello di costruire o rafforzare i fattori di protezione esistenti ed eliminare, o ridurre, i fattori di rischio modificabili nei giovani agendo nell'ambito della famiglia, della scuola, della comunità. Gli interventi, infatti, sono orientati ad agire precocemente sui ragazzi, valorizzando la struttura protettiva della famiglia, fornendo supporto ai giovani, favorendo lo sviluppo di abilità personali, riducendo le situazioni di rischio prima che si evolvano e che si consolidino.

Gli elementi fondamentali dei programmi di prevenzione basati sulla ricerca sono:

- **la struttura**, ossia il tipo di programma (universale, selettivo), la popolazione a cui si riferisce (giovani, famiglie, genitori), l'ambiente dove ha luogo (scuola);
- **il contenuto**, relativo alle informazioni sulle droghe, sulle politiche e le leggi vigenti, la capacità di sviluppo di competenze e abilità sociali, l'insegnamento delle abilità genitoriali, i servizi offerti quali il counseling e la terapia familiare;
- **la presentazione**, include la selezione dei programmi che meglio corrispondono ad uno specifico target, l'adeguamento agli specifici bisogni socio-culturali, l'implementazione dei programmi stessi, il numero di sessioni previste, i metodi utilizzati e il follow-up (NIDA, 2003).

Riepilogando, dopo aver considerato i fattori di rischio e i fattori di protezione all'interno della comunità, e aver selezionato ed adattato i programmi mantenendone gli elementi chiave, gli operatori deputati alla prevenzione (o chi per essi) si devono impegnare nell'implementazione degli interventi stessi. Al termine del programma, la valutazione dovrebbe analizzare gli obiettivi raggiunti, le modalità di svolgimento, la relazione tra l'intervento e i risultati. La valutazione inoltre deve essere intesa come un processo continuo che può fornire utili indicazioni su come mantenere nel tempo gli esiti del programma, adeguandosi ai bisogni della comunità.

Le analisi condotte sul rapporto costi-benefici dei programmi di prevenzione "science-based" rivelano un esito tendenzialmente positivo. In altre parole, la valutazione degli esiti degli interventi dimostra che investire nella prevenzione può risultare decisamente vantaggioso. A dimostrazione di tale ipotesi i risultati di alcuni interventi programmati dal NIDA ("The

strengthening families program: for parents and youth 10 -14”, “Guiding good choices” NIDA, 2003), dove non solo gli interventi si rivelano efficaci nel prevenire l’abuso di sostanze ma, nel caso specifico, prevengono l’abuso di alcol negli adulti e permettono un risparmio nei costi successivi per il trattamento dell’alcolismo.

LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE

L’Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA), con l’intento di migliorare la conoscenza delle modalità di valutazione della prevenzione, è giunta a delineare una serie di Linee Guida operative da mettere a disposizione di quanti operano in questo settore. Uno degli obiettivi è stato quello di creare uno strumento utilizzabile per valutare i programmi di prevenzione, indipendentemente dal tipo di azione che si intende svolgere, e rendere possibile uno scambio delle esperienze e un confronto dei programmi tra gli Stati membri dell’Unione Europea.

Il metodo seguito per la stesura delle Linee Guida è di impostazione empirica e quantitativa; la redazione è avvenuta in tre fasi successive:

1. Analisi delle tipologie di interventi preventivi e dei processi di valutazione a livello europeo;
2. Prima stesura delle Linee Guida e sperimentazione delle stesse in uno studio di fattibilità applicato a diversi contesti d’intervento (comunità, scuola, ecc.) in 13 Stati membri;
3. Valutazione qualitativa e stesura della versione definitiva delle Linee Guida (EMCDDA, 1998).

Le Linee guida si rivolgono principalmente ad esperti ed operatori nel settore delle tossicodipendenze proponendosi come strumento metodologico comune, ma fornendo anche una traccia utile per la stesura dei programmi. Il manuale è suddiviso in tre parti, nella prima sono analizzate le fasi che compongono il processo di valutazione, la seconda parte contiene numerosi esempi pratici che illustrano come utilizzare le indicazioni per la pianificazione e la valutazione dei progetti, ed infine un glossario dei termini utilizzati e delle teorie e dei metodi considerati.

Il processo di valutazione è composto di quattro fasi principali:

- ❑ la **pianificazione** dell'intervento di prevenzione, ossia la definizione dei termini del problema, l'individuazione dei destinatari dell'intervento, la determinazione degli obiettivi da raggiungere e delle strategie d'intervento;
- ❑ la **valutazione di processo** analizza le modalità di attuazione dell'intervento di prevenzione, verifica che la pianificazione sia stata adeguatamente sviluppata considerando anche le reazioni da parte del gruppo obiettivo, e che i destinatari siano stati effettivamente raggiunti;
- ❑ la **valutazione dei risultati** si focalizza sugli effetti dell'intervento di prevenzione verificando che gli obiettivi prefissati siano stati raggiunti e, quindi, la possibilità che il programma venga riproposto, modificato o abbandonato;
- ❑ la **comunicazione dei risultati** della valutazione, che riguarda le modalità più opportune per la diffusione degli esiti sulla base dei quali vengono prese importanti decisioni, anche a livello politico.

Nel 2001 l'OEDT ha pubblicato un secondo manuale sulla valutazione nell'ambito della prevenzione, rivolto agli operatori di strada (*Guidelines for the Evaluation of Outreach work*).

È stato pensato per creare un linguaggio comune ed avviare un dialogo fra operatori degli stati membri dell'Unione Europea, che lavorano in contesti (nelle stazioni ferroviarie o nelle discoteche) e con target (giovani, transessuali) molto differenti. Uno degli obiettivi dell'Osservatorio è quello di promuovere le linee guida e le prassi migliori per migliorare la qualità delle informazioni disponibili ai responsabili di progetto e allo staff degli operatori impegnati in questo ambito.

La guida fornisce esempi di differenti setting di lavoro, per tale ragione risulta particolarmente pratica ed utile da un punto di vista operativo. Essa è composta di quattro parti, le prime tre dedicate ad un approccio generale alla valutazione, alla progettazione e realizzazione del progetto, alle tecniche di intervento, l'ultima relativa invece al glossario dei termini utilizzati (EMCDDA, 2001).

STRUMENTI ON LINE PER LA PROGETTAZIONE DI INTERVENTI EFFICACI

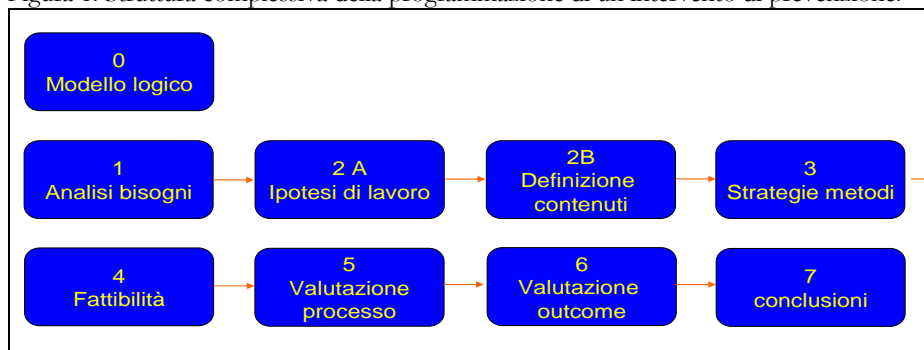
Il Prevention and Evaluation Resource Kit (PERK) è un manuale dell'EMCDDA piuttosto recente che utilizza come strumento di diffusione Internet, poiché è disponibile unicamente sul sito web. Il manuale fornisce una sintesi dei modelli teorici dei diversi approcci di prevenzione “evidence-based”, e rende disponibile tramite link una serie di approfondimenti e documenti correlati scaricabili dalla rete.

PERK offre un valido supporto per la progettazione ragionata di interventi di prevenzione, fornendo utili informazioni sulla definizione dei contenuti e sulle strategie d'intervento più efficaci, sui processi di valutazione e le teorie di riferimento. Uno degli obiettivi di questo “kit” è quello di creare una prima versione europea dei principi e degli standard minimi della prevenzione, molto simile alle linee guida internazionali del NIDA (EMCDDA, 2005).

Il sito offre agli utenti una guida, passo a passo, per lo sviluppo di un intervento basato sulle evidenze scientifiche e sugli studi d'efficacia. Inoltre è possibile raccogliere idee e consigli relativi alla pianificazione e valutazione di un programma, tenendo in considerazione le risorse disponibili e il contesto specifico. Naturalmente, la progettazione di un intervento di prevenzione “valutabile” implica che tutti gli obiettivi, le ipotesi di lavoro, i contenuti e gli indicatori siano interconnessi tra loro al fine di affrontare adeguatamente una situazione problematica. Il kit PERK individua nove passaggi successivi per lo sviluppo di un programma di prevenzione:

- Step 0 – Modello logico di partenza (target, ipotesi di lavoro, contesto)
- Step 1 – Analisi dei bisogni
- Step 2a – Chiarificazione degli obiettivi e delle ipotesi di lavoro
- Step 2b – Definizione di contenuti dell'intervento
- Step 3 – Selezione delle strategie e delle modalità di intervento
- Step 4 – Analisi di fattibilità
- Step 5 – Processi di implementazione e valutazione
- Step 6 – Valutazione degli outcome
- Step 7 – Conclusioni

Figura 1: Struttura complessiva della programmazione di un intervento di prevenzione.



Infine, merita una segnalazione un altro strumento molto utile ai fini della prevenzione, la banca dati EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action Information System). EDDRA è un database elettronico istituito dall'Osservatorio Europeo sulle droghe con base a Lisbona, costituito da informazioni su un'ampia gamma di iniziative europee per la riduzione della domanda, orientato allo scambio pratico delle esperienze. L'iniziativa si rivolge, in particolar modo, agli amministratori e ai politici coinvolti nella pianificazione degli interventi e, naturalmente agli operatori del settore.

COSA FUNZIONA NELL'AREA DELLA PREVENZIONE: UNA REVISIONE SCELTA DEI PROGRAMMI PREVENTIVI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha fornito il proprio contributo per l'individuazione delle prassi migliori e delle evidenze scientifiche nel campo della prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive, pubblicando nel 2002 una revisione scelta dei progetti di prevenzione in questo ambito. La pubblicazione è il frutto di una vasta ricerca nella letteratura empirica che copre il periodo tra il 1985 e il 2001, utilizzando un ampio sistema di criteri d'inclusione e contributi bibliografici provenienti da tutto il mondo. A tale scopo sono stati consultati la libreria informatica del National Drug Research Institute, il National Drug Research Institute's Indigenous Australian Alcohol e numerosi altri database, collezionando ben 1265 studi ulteriormente selezionati applicando le Linee Guida Cochrane sulla valutazione della qualità degli studi (WHO, 2002).

Questa pubblicazione è il frutto della collaborazione fra il National Drug Research Institute (Perth, Australia) e il WHO (Ginevra) e si propone come obiettivo di individuare gli interventi più efficaci riferiti a cinque aree specifiche:

- ❑ le misure politiche ed economiche per regolamentare la disponibilità di alcol: l'aumento dei costi o il mantenimento di prezzi alti si è rilevato come uno dei deterrenti più efficaci per ridurre i problemi associati al consumo;
- ❑ le misure politiche ed economiche per regolamentare la disponibilità di sostanze psicoattive illecite, e le numerose proposte politiche emerse dall'analisi della normativa vigente e dei provvedimenti giudiziari sulla cannabis, specie in Nord America e in Australia;
- ❑ l'uso dei mass media, e gli effetti positivi derivanti dalla combinazione di programmi per la comunità e campagne di comunicazione nell'influenzare gli atteggiamenti e i comportamenti nei confronti delle sostanze psicoattive;
- ❑ i programmi di prevenzione per la comunità, specie quelli che forniscono una serie di esiti misurabili e che agiscono soprattutto aumentando la consapevolezza e l'adesione a stili di vita sani;
- ❑ i programmi di prevenzione nelle scuole: quelli che prevedono lo sviluppo di abilità complementari di vita e di salute risultano più efficaci dei programmi educativi di base, suggerendo l'importanza di programmi sulla promozione della salute (WHO, 2002).

In conclusione viene proposta una sintesi dei risultati principali emersi in ciascuna area considerata, al fine di promuovere le strategie più efficaci e le indicazioni operative relative alla programmazione (a quali target indirizzarli, a che età risultano più efficaci), ai contenuti e alla metodologia (life/health skill), alla valutazione e diffusione degli interventi.

BIBLIOGRAFIA

1. Center for Substance Abuse Prevention (CSAP), Science-based Substance Abuse Prevention: a Guide, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, 2001.
2. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Linee guida per la valutazione degli interventi preventivi nel campo delle tossicodipendenze, Monaco, 1998.
3. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Guidelines for the Evaluation of Outreach work. A manual for outreach practitioners, Belgio, 2001.
4. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Prevention and Evaluation Resources Kit – PERK, in <http://www.emcdda.europa.eu>, Lisbona, 2005.
5. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), EDDRA Information System, Lisbona. in <http://www.emcdda.europa.eu>
6. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Info Facts: Lessons from Prevention Research, in <http://www.nida.nih.gov>, USA, 2004.
7. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per i genitori, educatori e amministratori, Seconda edizione, traduzione italiana a cura dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto, 2003.
8. Orlandini D. et Al, Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: I diversi aspetti della valutazione, Regione Veneto, 2002.
9. Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all'addiction, Regione Veneto, 2002.
10. UNICRI, EDDRA: un database europeo dei migliori progetti di riduzione della domanda, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, 2005.
In <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/links/EDDRAweb.htm>.
11. World Health Organization (WHO), Prevention of Psychoactive Substance Use. A selected Review of What Works in the Area of Prevention, Svizzera, 2002.

4

Dall'ipotesi interpretativa del consumo al Marketing no profit

4.1 MARKETING SOCIALE PER LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

GIUSEPPE FATTORI*, PAOLA ARTONI**

** Sistema Comunicazione e Marketing – Azienda USL di Modena; Coordinamento Nazionale Marketing Sociale*

***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”)^{4p.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 2005-2007 e 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. 33}. 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.



- 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”)^{15, 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 9: 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.



Sc

tema modificato da Maibach E.W., Rothsbild M.L., Novelli W.D.¹⁶

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 3: 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/marketoc/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., Rothschild 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.bc-sc.gc.ca/abc-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).

4.2 IL MARKETING NEI SERVIZI

VINCENZO MARINO

Dipartimento delle Dipendenze – ASL della Provincia di Varese

Il marketing gode generalmente di scarsa popolarità all'interno dei Servizi Socio-Sanitari perché viene spesso confuso con la *pubblicità* e associato all'idea della *vendita* e del *guadagno*. In realtà il marketing moderno ha poco a che vedere con la vendita di prodotti e servizi e molto, invece, con la ricerca del *modo migliore per appagare bisogni e desideri*.

EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI MARKETING

Fino agli anni '30, le aziende private che producevano prodotti o servizi erano caratterizzate da:

- ☐ una cultura di orientamento al prodotto;
- ☐ una produzione destinata ad un mercato indifferenziato (prodotto uguale per tutti);
- ☐ la visione del cliente come destinatario passivo del prodotto o del servizio.

Secondo tale visione, l'imprenditore tendeva a costruire l'azienda sulla base di intuizioni soggettive e poi immetteva sul mercato i prodotti e i servizi in cerca di clienti cui venderli. Nel processo di pianificazione del prodotto/servizio, dunque, l'identificazione del cliente costituiva l'“ultimo stadio”, ed il cliente era visto come ricevente passivo di un prodotto o di un servizio già confezionato. Il livello di gradimento del “mercato”, attraverso l'acquisto e la fruizione del prodotto o del servizio, decretava poi lo sviluppo, la sopravvivenza o l'estinzione dell'azienda-organizzazione. Questo modo di procedere, che si potrebbe definire “alla cieca”, comportava tuttavia grandi rischi di investimenti sbagliati e di frustrazione sia sul piano delle energie investite che dell'uso delle risorse economiche. Sono rischi che hanno concorso alla messa in crisi del modello, e che hanno

portato ad una profonda riflessione nel mondo imprenditoriale ed al superamento di questa concezione.

Nelle aziende private, infatti, a partire dal 1932, con il “New Deal”, è iniziata a farsi strada l’idea che il cliente non compri prodotti e non paghi prezzi, ma che il prodotto proposto al mercato costituisca una “soluzione” alla percezione che il cliente ha delle proprie esigenze e del modo con cui le può soddisfare al momento. Anche la definizione di marketing, dunque, cambia, divenendo “l’insieme delle attività (di analisi, pianificazione, realizzazione e controllo) dirette a facilitare l’incontro tra la domanda (ovvero i bisogni consapevoli) e l’offerta (ovvero i prodotti e i servizi)” (Kotler, 1973).

Il punto di partenza per la pianificazione dell’attività dell’impresa, diviene così l’analisi dei bisogni insoddisfatti dei clienti, introducendo alcuni concetti come quelli di segmentazione del mercato, posizionamento e valore. Non è più il cliente che deve adattarsi il prodotto, ma è quest’ultimo che viene creato e curato sulla base dei bisogni dei diversi segmenti di clienti. Dato tale cambiamento di paradigma, risulta facile comprendere anche l’incontro avvenuto tra la psicologia e l’economia, che, utilizzando le parole di Fischer (1982), trovano la loro “superficie di contatto” nel “desiderio”.

A fronte di una evoluzione così vistosa in ambito aziendale del concetto di marketing, nei Servizi Socio-Sanitari il paradigma “*istintivo*” è rimasto prevalente fino agli anni ‘90 e solo recentemente si sta assistendo a timidi tentativi di evoluzione.

Possiamo parafrasare quanto detto finora in un’ottica di marketing nei servizi: nel campo delle dipendenze, ad esempio, i Ser.T. sono stati inizialmente proposti e progettati a livello ministeriale e *messi sul mercato* in modo indifferenziato, con l’obiettivo di *curare i tossicodipendenti*. Si è seguita così una modalità di primo marketing: non è stato fatto alcuno studio pregresso sulle caratteristiche quantitative e qualitative dei potenziali clienti, del territorio di appartenenza e di quegli indicatori che avrebbero potuto analizzare il bisogno espresso. Lo stesso è avvenuto per altri servizi offerti, come le Comunità Terapeutiche: sono nate in modo spontaneistico, con caratteristiche proprie dei loro fondatori ed hanno offerto servizi che rispecchiavano quello che si riteneva fosse adeguato, anche in questo caso senza uno studio sistematico delle reali necessità e dei bisogni.

I Servizi, poi, hanno dovuto cercarsi clienti compatibili con tali caratteristiche: è considerata prassi abituale, ad esempio, recarsi giornalmente ai servizi per assumere farmaci sostitutivi e/o sottoporsi più volte la settimana ad esami tossicologici delle urine, oppure rimanere per 2-3 anni in comunità, eseguendo i compiti affidati dagli operatori. I clienti, quindi, devono essere in grado di seguire l'offerta, avendo poco peso nella costruzione di tale processo, in realtà creato per loro.

Storicamente, poi, i Servizi hanno selezionato come target di riferimento quello degli eroinomani, con bassi livelli di occupazione e di scolarità, provenienti prevalentemente da determinati strati sociali. È stata, comunque, la conseguenza di un'offerta nata su una presunta (e in parte reale) necessità. Ma è stato prima costruito un servizio (il prodotto), per poi cercare dei clienti a cui potesse andare bene.

In questi ultimi anni, il cambiamento avvenuto nel mondo dell'economia aziendale sta influenzando (lentamente) anche i Servizi Socio-Sanitari in genere, e quelli sulle Dipendenze in particolare, sia nell'area degli interventi di prevenzione che in quelle del trattamento e della riabilitazione. Si inizia, dunque, ad utilizzare concetti e strumenti capaci di mettere l'utente nella situazione di poter accedere a servizi più consoni alle sue esigenze. Nel 1990, ad esempio, è stato sancito il diritto del cittadino europeo di scegliere da chi e dove farsi curare: questo cambiamento ha introdotto, quindi, il concetto di utente dei servizi socio-sanitari come "cliente" e ha creato le premesse per una concorrenza tra strutture, dando avvio ad un lento processo di conquista del miglior rapporto costi/efficacia/efficienza.

Oggi, inoltre, assistiamo ad un veloce cambiamento del comportamento di consumo da parte dei consumatori, sempre più ammalati da un mercato delle sostanze capace di soddisfare la maggior parte delle loro richieste: il prodotto distribuito è vario, cambia in base alle esigenze personali, la sua distribuzione è diventata capillare e percepita meno pericolosa rispetto a qualche anno fa; l'uso di sostanze sta divenendo sempre più un rituale normalizzato, un'esperienza di consumo tra le possibili offerte sul mercato. Di fronte ad un così forte utilizzo delle più svariate tecniche di marketing da parte dei promotori di "sballo" e di ricreazionalità, è utile soffermarsi e riflettere sulle modalità di gestione del fenomeno da parte dei servizi che a vario titolo si pongono di offrire "*care*" al cliente.

MARKETING E SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Nell'area delle dipendenze, la nascita dei Dipartimenti e degli Osservatori Territoriali Dipendenze ha creato le premesse per l'avvio di reali processi di marketing, finalizzati alla conoscenza del territorio, inteso come “mercato” dei servizi, ed in particolare dei bisogni dei diversi segmenti dei clienti nonché della appropriatezza dei servizi offerti rispetto a tali bisogni. Tale conoscenza costituisce una premessa irrinunciabile per la realizzazione di una razionale pianificazione degli interventi ed un uso ottimale delle sempre più scarse risorse disponibili. Perché questo avvenga, tale processo deve necessariamente tenere conto di tre importanti variabili che ci sono suggerite dallo stesso marketing commerciale: la segmentazione dell'utenza, il posizionamento dell'organizzazione e il valore percepito dei servizi offerti.

La segmentazione

La segmentazione costituisce un'attività fondamentale, senza la quale ogni azione di marketing è priva di potenzialità di successo. Essa consiste nella suddivisione del “mercato” in “cluster” di clienti/utenti, omogenei per alcune caratteristiche. Il concetto di segmentazione nasce dalla consapevolezza che non esistono *i clienti*, ma *tanti clienti*, *tanti utenti diversi*, ciascuno dei quali ha dei bisogni specifici che devono essere compresi e soddisfatti. Attraverso tale operazione di segmentazione, dunque, i bisogni dei clienti vengono collocati al centro dell'interesse (customer orientation). Per diventare un efficace e concreto strumento di strategia, il processo di segmentazione deve rispondere a precisi requisiti:

- **misurabilità**, ovvero quante informazioni si hanno o è possibile raccogliere sui potenziali cittadini-clienti del segmento;
- **accessibilità**, ovvero quanto sia possibile accedervi;
- **importanza**, ovvero quanto valga la pena considerare un gruppo di potenziali utenti come entità separata, come un segmento.

La segmentazione, dunque, individua gli interessi e i bisogni specifici degli utenti, permettendo una valutazione del mercato meno soggettiva. Nel pieno rispetto di una filosofia “market oriented” non si parte dal prodotto o

dal servizio erogato, ma si sceglie di prendere le mosse dal mercato, rispondendo alla necessità ormai insita nella società odierna.

La segmentazione è particolarmente importante nell'area delle dipendenze patologiche, caratterizzata da un'ampia varietà ed articolazione dell'utenza reale e di quella potenziale: vi possono essere, infatti, utenti di diversa gravità, dipendenti da sostanze legali, illegali o con dipendenze comportamentali, consumatori occasionali, consumatori "responsabili", e altri ancora. Una tale frammentazione e differenziazione delle caratteristiche dell'utenza si riflette ovviamente sulla varietà dei bisogni di cui i soggetti sono portatori, esigenze che devono essere comprese e che necessitano di risposte differenziate.

Ad esempio, per soggetti cocainomani socialmente integrati, il servizio atteso potrebbe essere un servizio più "leggero" (come i gruppi serali) o una struttura residenziale breve, al posto di strutture ambulatoriali o residenziali "pesanti", ad "alta soglia" di accesso. Analogamente, alcune "new addiction", come l'Internet Addiction Disorder e lo Shopping Compulsivo, o la dipendenza da Nicotina, o ancora giovani consumatori adolescenti, potrebbero richiedere prese in carico in contesti e con modalità differenziate. È su queste basi che recentemente nel nostro contesto territoriale abbiamo sviluppato un servizio rivolto agli adolescenti con problematiche riferite alle sostanze o ai comportamenti di addiction, capace di offrire un aiuto concreto da parte di operatori specializzati, ma che non sia percepito alla stessa stregua del SerT. Questa nuova offerta è stata pubblicizzata negli istituti scolastici, nei centri ricreativi e nei contesti legati al mondo giovanile, anche grazie alla realizzazione di laboratori creativi capaci di coinvolgere i ragazzi stessi. Sono stati coinvolti educatori a vari livelli, come insegnanti, allenatori o genitori. È stato cercato un contesto adeguato ed un supporto online il più vicino possibile al modo di comunicare dei ragazzi. Il portale internet, tra l'altro, esiste ed è implementato grazie al contributo degli stessi giovani.

Questo è solo un esempio concreto di come poter utilizzare una delle diverse strategie di marketing a servizio dei programmatori delle attività istituzionali.

Il posizionamento

Dopo aver effettuato l'analisi dei diversi segmenti occorre poi definire il perimetro delle competenze dell'Organizzazione, rispondendo a tre domande fondamentali:

- con quali *segmenti* vogliamo rapportarci, tenuto conto dei vincoli ambientali nonché dei punti deboli e dei punti di forza dell'organizzazione (utenti gravi, classi sociali svantaggiate, sostanze illegali, tabagismo, ecc.)?
- con quali ambizioni e tendenze dimensionali (tenuto conto realisticamente delle potenzialità dell'organizzazione)?
- ed infine, come vogliamo essere percepiti sul piano dell'immagine del servizio offerto (rivolgersi ad un target sociale medio-alto comporta evidentemente un'immagine del servizio offerto diversa da quella di un target basso)?

La risposta a tali domande comporta la strutturazione di specifiche strategie di pianificazione organizzativa. Questo implica anche una nuova offerta di *prodotti* che sia molto variegata e distribuita nel territorio: poter offrire programmi e servizi specialistici in base alla tipologia del disturbo e non fare adattare un problema al servizio offerto. Questa indicazione andrebbe anche ad indicare una diversa concezione di professionalità da parte degli operatori, verso una specificità propria di ciascun servizio, reso comunque accessibile in base alle caratteristiche della difficoltà e non solo alla territorialità.

Il valore percepito

La percezione del valore del servizio offerto è diversa tra operatori ed utenti: gli operatori socio- sanitari, infatti, misurano il valore del servizio offerto raffrontandolo alla sua corretta esecuzione dal punto di vista tecnico-professionale, gli utenti rapportandolo alla corrispondenza alle loro aspettative. Tale concetto di valore percepito porta con sé, dunque, quello di aspettativa, ovvero di ciò che l'utente si aspetta dovrebbe accadere quando utilizza un servizio. È ovvio che, se il servizio percepito eguaglia o supera quello atteso, i clienti sperimenteranno soddisfazione e assegneranno un

valore elevato al servizio, se invece accade il contrario, essi proveranno delusione e avranno un'immagine di basso valore dell'offerta. In questo modo è doveroso iniziare a considerare come obiettivo non solo l'esecuzione di una particolare prestazione o servizio, ma anche la soddisfazione del cliente. Anche in questo caso, quindi, è doveroso uscire dagli schemi classici e rigidi, secondo i quali è il cliente che si deve adattare in toto al prodotto offerto, spostando l'attenzione anche sulla relazione con lo stesso fruitore: coinvolgere il cliente e mantenere con lui una relazione attiva porterà inevitabili ripercussioni positive anche all'organizzazione complessiva.

Il cittadino cliente

Il cittadino, possibile cliente, inevitabilmente negli ultimi anni è divenuto così sempre più *oggetto di studio* da parte delle pubbliche amministrazioni, in particolare da quelle preposte all'erogazioni di servizi. Non basta più essere presenti sul mercato e fornire prestazioni, visite specialistiche o semplici informazioni. Chi propone un'offerta, come abbiamo visto precedentemente, deve essere anche capace di soddisfare i bisogni del target raggiunto: ad esempio, non basta più essere presenti sul territorio, ma è anche importante considerare *dove* essere dislocati, in quanto elemento capace di soddisfare maggiormente il cliente e quindi costituirsi quale valore aggiunto. E un cliente soddisfatto è comunque un buon *veicolo di pubblicità* e di consenso.

Avere la capacità di conoscere e comprendere quanto un servizio risponda alle aspettative (*customer satisfaction*) è uno dei modi per richiedere un feedback al cittadino, che a sua volta permetterà alle organizzazioni di poter ricalibrare l'offerta. È infatti importante essere servizi elastici, capaci di sapersi valutare, farsi valutare ed essere pronti a riprogrammare obiettivi qualora venisse richiesto, soprattutto di fronte ad un mercato in continua evoluzione e in continuo aggiornamento.

Si tratta di introdurre il concetto di **marketing management** all'interno degli enti pubblici e, nel nostro caso, all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze. In questo modo il cittadino, il possibile cliente, viene messo al centro di questo processo, proprio come avviene per il marketing commerciale. Solo che, nel nostro caso, si differenzia per il guadagno

percepito: in quello puramente economico è il produttore che lo ricerca, nel nostro caso il guadagno deve essere a favore del fruitore, del cittadino.

I nuovi *must* da perseguire per poter programmare in maniera efficace diventano dunque: acquisire informazioni e conoscenze sul target, conoscere i suoi bisogni, le sue aspettative e la sua domanda. Servono dunque strumenti nuovi, capaci di saper cogliere questi aspetti, capaci di fornire informazioni corrette e aggiornate agli amministratori di sistema. Questi dati andranno poi elaborati e resi leggibili per interpretare correttamente l'evoluzione della domanda e dell'offerta, del bisogno e della percezione del servizio erogato. In questo modo, di fronte a situazioni di difficile comprensione di andamento del fenomeno, sarà possibile proporre ipotesi e soluzioni: ad esempio, se la domanda pare inferiore alle aspettative, può darsi che manchi una corretta campagna informativa; ma può anche darsi che l'informazione sia corretta, ma la qualità del prodotto è tale che non rispecchia la necessità del cliente, cosicché l'opinione pubblica riporti una percezione negativa di quanto disponibile. È un esempio di come una valutazione di processo (sempre nell'accezione di marketing management) possa influenzare la riformulazione di una nuova strategia. Si tratta di un sistema cibernetico che, come suggerisce Bateson, è in continua evoluzione ma che, se non correttamente valutato, tende a mantenere un omeostatico equilibrio, sia esso buono o dannoso.

Il *mercato* diviene il centro di interesse, insieme ai suoi attori, capaci di modificarlo e rendendolo sempre in continua mutazione. Per fare questo risulta utile poter disporre di un *ufficio marketing*, uno spazio dedicato al marketing management capace di ipotizzare scenari esterni e di pianificazione degli interventi. Nel nostro caso può corrispondere all'Osservatorio delle Dipendenze che, per rispondere alle richieste degli osservatori nazionali ed internazionali, si sta già fornendo di strumenti operativi di rilevazione dati. È il primo passo per poter avere a disposizione informazioni sugli attuali clienti, ed avere informazioni utili per l'analisi della domanda potenziale.

IL MARKETING PUÒ ESSERE UTILE ALLA PREVENZIONE?

La funzione di Marketing è centrale non solo per la pianificazione degli interventi terapeutici e riabilitativi ma anche per gli interventi di prevenzione primaria delle dipendenze, volti ad ostacolare il consumo di sostanze.

Appare evidente come i narcotrafficienti internazionali abbiano sviluppato efficaci strategie di marketing in grado di fornire risposte soddisfacenti al bisogno di emozioni, novità ed avventura tipici degli adolescenti. Osservando e studiando questi bisogni da soddisfare, hanno pensato di proporre loro le sostanze come prodotto utile ad appagare le loro “esigenze”. Non solo: per poter vendere ancora di più queste sostanze, è come se si fossero impossessati delle più elementari tecniche di marketing: dal campione gratuito in prova, allo spaccio messo in atto dai pari, proprio per far considerare l'uso delle droghe sempre più come un fattore di normalità. È uno dei motivi che possono far considerare il consumo di sostanze come uno dei possibili consumi, quello che in altri casi è stato anche chiamato un “consumo integrato” (Francia, 2005).

Partendo da questo presupposto, pare plausibile iniziare a pensare a come poter entrare in “concorrenza” con questo mercato, utilizzando le strategie sopra descritte, proprie del marketing più evoluto, a favore della prevenzione. Un modo, ad esempio, potrebbe essere quello di proporre prodotti alternativi (esperienze, comportamenti di “consumo” alternativo), capaci di essere primariamente altrettanto “emozionanti” e attraenti. Ma, come stavo dicendo, è uno dei modi; altri potranno essere sviluppati integrando queste due aree di pensiero e di azione.

Una tesi che si propone è quindi quella che grazie all'utilizzo delle tecniche di marketing e delle sue strategie, sia possibile elaborare nuove strategie considerate realmente efficaci anche nel campo della prevenzione. Se è vero che la prevenzione ha mostrato alcune evidenze di efficacia, è allora possibile ipotizzare che utilizzando le strategie di marketing si possa incidere maggiormente sul target, proponendo un prodotto/progetto adeguato e più funzionale rispetto a quanto fatto finora. Questa operazione di matching tra prevenzione e marketing prende dunque le mosse dalla consapevolezza che, per poter rispondere in maniera efficace ad un prodotto pensato e definito per rispondere ai bisogni e ai desideri (consapevoli o meno) dei soggetti, occorrerà o utilizzare lo stesso linguaggio, proponendo al “potenziale cliente” dei prodotti nuovi ed appetibili, che rispondano a tali esigenze profonde, o anticipando tali bisogni: dando la possibilità alla persona di sviluppare una propria abilità nell'effettuare un consumo “ragionato”. In entrambi i casi, comunque, si considera importante e necessario poter sviluppare una politica sociale tesa alla soddisfazione di stili di vita *sani*, offrendo possibili esperienze di *sano*

consumo o offrendo la possibilità di sviluppare anticipatamente abilità capaci di far fronte, in parte, alle innumerevoli richieste di acquisto che la società di consumo abitualmente propina.

BIBLIOGRAFIA

1. Bateson, John E. G. *Gestire il marketing dei servizi*. John E. G. Bateson, K. Douglas Hoffman, 2000.
2. Cherubini, Sergio. *Il marketing dei servizi*, 1981.
3. Convegno "Le tendenze del marketing", École Sup érieure de Commerce de Paris, 21-22 janvier 2005.
4. Francesco De Francesco. "La Fidelizzazione del cliente". e-conomy.it
5. Grandis, Roberto. *Gestire il disservizio*. 1997
6. Gronoos, Christian. "Management e marketing dei servizi?". Isedi, Torino, 1998, pp.74-87
7. Gronroos, Christian. *Management e marketing dei servizi*. 1998
8. Jean-Jacques Labin. "Marketing strategico e operativo-market driver management". McGraw-Hill, Milano, 2004.
9. Joseph B.Pine. *Mass customization: dal prodotto di massa all'industriale su misura, Consumatore & Mercato le nuove regole*. F. Angeli, Milano, 1997.
10. Kotler P., Andreasen A.R., *Marketing per le organizzazioni non profit*, Il Sole 24 Ore, Milano, 1998.
11. Kotler P., *Marketing Management*, ISEDI, Torino, 1999
12. Kotler P., *Marketing per le organizzazioni non profit*, Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1998
13. Lambin, Jean-Jacques, *Marketing strategico e operativo*, McGraw Hill, Milano, 2000.
14. Lambin, Jean-Jacques, *Marketing*, McGraw Hill, Milano, 1991.
15. Nadia Nonis., *Il marketing one-to-one conoscere e fidelizzare la propria utenza*. e-conomy.it.
16. Stanton W., Varaldo R., *Marketing*, Il Mulino, Bologna, 1986.
17. Zeithaml V.A., Bitner M.J., *Il marketing dei servizi*, McGraw Hill, Milano, 2002.

4.3 IL CONSUMO COME ESPERIENZA

MARA SCIORRA, MANUEL BENEDUSI

Dipartimento delle Dipendenze – ASL della Provincia di Varese

L'ipotesi che si possa utilizzare il marketing quale strumento per intervenire sul consumo di sostanze appare adeguata se si considera che le droghe hanno ormai assunto, nella nostra società, una valenza simile a quella delle altre merci. È percezione comune, infatti, che in molti casi, si consumi la sostanza alla stessa stregua di un qualsiasi altro bene: la sostanza, come prodotto, ha un suo valore, un suo status, è riconducibile ad un target, e così via. Tale modalità di interpretazione del fenomeno consente, inoltre, di integrare, in modo fruttuoso e sinergico, concetti che appartengono a due realtà distinte: il *“commerce consuming”* e il *“drug consuming”*.

L'operazione di incontro tra prevenzione e marketing risulta stimolante, ma al tempo stesso complessa e gravida di dubbi e perplessità, a partire dalla legittimità di tale incontro. Perché lo scambio tra i due modelli di lettura possa essere proficuo e possa tenere a distanza fantasmi legati all'etica, è possibile confrontarsi su uno schema che proponga i seguenti principi:

- ❑ la promozione della salute (prevenzione) è la *mission statement* di riferimento;
- ❑ il prodotto preventivo per essere credibile e preferibile deve rispondere, nei suoi requisiti, ai bisogni e desideri (marketing) di quel target;
- ❑ il prodotto è strumentale e intercambiabile: l'obiettivo è veicolare attraverso di esso comportamenti di salute;
- ❑ l'obiettivo non è venderne il più possibile, ma originare più comportamenti di salute possibili (prevenzione).

Partendo dalla definizione di marketing come *“processo svolto per creare, distribuire, promuovere e prezare beni, servizi e idee, al fine di facilitare relazioni di scambio soddisfacenti con i clienti in un ambiente dinamico”*, delineiamo il senso

dell'*incontro* di questi due mondi fornendo alcuni spunti teorici e più operativi.

In primo luogo, il concetto espresso dalla definizione citata indica come il punto focale di qualunque attività debba necessariamente essere il cliente: questo significa che, perché un prodotto, un'idea, un servizio possano essere positivamente accolti, devono soddisfare i bisogni delle persone cui si rivolgono. Già da tale passaggio, è importante sottolineare e ricordare che anche le sostanze, al pari di altri prodotti, esercitano sui soggetti un potere di attrazione strettamente collegato alle credenze e alle aspettative sui loro possibili effetti e alla possibilità di soddisfare bisogni e desideri riguardanti diverse aree della vita: coscienza, relazioni, autostima, passaggi di iniziazione, identità, efficacia e disagio. La droga, dunque, assume un ruolo di veicolatore rispetto a differenti bisogni, alcuni assolutamente naturali come quelli connaturati all'adolescenza (fase che più di altre è interessata dal consumo di sostanze), altri più specifici e personali, legati all'individualità di ciascuno. Tra i primi, si ritrovano dunque il bisogno di modificare e di espandere gli stati di coscienza, la ricerca di sensazioni forti, di sperimentazione, rischio, ampliamento dello spazio di vita, sperimentazione dei propri limiti, di avere il controllo sulle cose, di mettersi alla prova, il bisogno di facilitazione sociale, di eccitazione nella attività, di salvaguardare e migliorare l'immagine di Sé, di autonomia, emancipazione, di sfida, di appartenenza e prestigio, ma anche di automedicazione, di regolazione delle emozioni e di risposta alle richieste pressanti di *perfezione* provenienti dall'ambiente.

Perché la prevenzione possa quindi essere realmente efficace, deve necessariamente rimettere al centro di ogni suo discorso, progetto o ipotesi di intervento il soggetto, che acquisterà dunque uno status di cliente, nonché riconoscerne i bisogni. In quest'ottica di "ricentramento" degli interventi di prevenzione sul soggetto, si apre la strada alla prima tappa del processo di marketing: quella di aiutare ad individuare con precisione il target dell'intervento. Questo primo, apparentemente semplice, passaggio può permettere la costruzione di un'offerta *costruita* su misura del target, con una conseguente migliore capacità di individuare e costruire percorsi ad hoc, con attività e proposte il cui obiettivo a lungo termine è quello legato al miglioramento della salute.

Per molto tempo, il modello di riferimento degli operatori che hanno lavorato nella prevenzione è stato quello di immaginare e costruire un'*offerta* preconfezionata, rivolta ad un target universale, un "pacchetto" applicabile

al maggior numero di persone. L'idea che negli ultimi tempi sta maturando è quella di cambiare prospettiva: partire proprio dal target, indagarne i bisogni, utilizzare nuove chiavi di lettura per poter comprendere meglio il fenomeno per poter meglio accedere e veicolare loro un messaggio differente, proporre un'esperienza diversa. Solo in un momento successivo offrire un servizio. Il primo step di studio è quindi rivolto alla lettura del comportamento di consumo.

IL CONSUMER BEHAVIOR

La disciplina del *consumer behaviour*, che studia il comportamento del consumatore, è definibile come l'analisi dei processi psicologici e sociali che sottostanno all'acquisto e all'uso di prodotti, servizi, idee e abitudini. Per poter inquadrare in una nuova cornice teorica e concettuale il consumo di sostanze e aprire la strada a differenti chiavi di lettura del fenomeno (*e delle risposte possibili*), si ritiene utile l'utilizzo delle conoscenze acquisite in questo campo d'indagine.

Tradizionalmente, l'orientamento a questo approccio ha assunto una connotazione cognitiva, identificando il processo di acquisto come un *decision-making*: acquistare un prodotto equivarrebbe ad un'operazione di problem solving. La prospettiva cognitiva identifica il comportamento del consumatore con il processo di scelta, e concentra l'attenzione e l'analisi sui processi che guidano un consumatore ad acquisire ed elaborare le informazioni provenienti dall'ambiente e ad attuare i comportamenti di acquisto sulla base delle valutazioni effettuate. Secondo questo approccio, il comportamento di acquisto segue un percorso lineare riconducibile a questa successione:

- ☐ identificazione del bisogno;
- ☐ acquisizione delle informazioni sul prodotto;
- ☐ valutazione delle alternative;
- ☐ scelta del prodotto;
- ☐ valutazione del prodotto.

L'assunto di base di questo approccio prevede che il consumatore sia un essere integralmente razionale, il cui obiettivo sia quello di massimizzare la

soddisfazione derivante dal consumo e pertanto si comporti in modo razionale per raggiungere tale risultato.

Su queste basi per molto tempo si è creduto utile dedicare molto spazio alle strategie informative negli interventi preventivi. Seguendo il processo decisionale proposto ci si aspettava che la ricezione dell'informazione soddisfacesse i requisiti propri della prevenzione, ovvero dare uno strumento al ricevente che gli permettesse di contrastare un ipotetico contatto con la sostanza. Ma, come poi molti studi hanno sottolineato (tra cui Leone, 2006), la sola strategia informativa non fornisce abilità particolari all'individuo, anzi, rischia di innescare meccanismi talvolta paradossali (come curiosità, ecc.). Così si è pensato che un momento informativo sia utile laddove sia integrato in un intervento supportato da altre strategie (come le life skills, interventi di peer education).

Il paradigma più noto rispetto a tale approccio è quello denominato ICABS, dall'acronimo delle fasi in cui è scomponibile il processo decisionale. Esso ipotizza che il consumatore giunga a prendere la sua decisione relativamente all'acquisto del prodotto passando sequenzialmente attraverso cinque fasi:

- ☐ Information (I),
- ☐ Cognition (C),
- ☐ Affect (A),
- ☐ Behaviour (B),
- ☐ Satisfaction (S).

Il processo decisionale inizia con l'emergere della consapevolezza nel consumatore del bisogno di un determinato prodotto. Spinto da questo bisogno, l'individuo raccoglie informazioni relative ai diversi prodotti esistenti nel mercato, nell'ambito di quella determinata categoria (fase I). Le informazioni giungono al soggetto dall'ambiente sotto diverse forme: pubblicità, informazioni stampate sul packaging del prodotto, passaparola, eccetera, e possono essere cercate attivamente, sia recepite in modo passivo. Le informazioni raccolte costituiscono la base per la fase successiva (fase C), in cui il consumatore valuta i prodotti esistenti sul mercato sulla base di attributi che definiscono la categoria di prodotto su cui sta svolgendo l'indagine. In questa fase il soggetto si crea aspettative, pensieri, convinzioni su ciascun prodotto, che andranno a costituire i criteri razionali per la scelta.

Nel passaggio alla fase seguente (fase A), il consumatore ordina le sue preferenze sulla base dell'analisi che sta conducendo, preparandosi alla scelta della marca da cui crede di ottenere la massima soddisfazione possibile, ossia quella che, più delle altre, risponde al suo ideale.

Scelto il prodotto, in conseguenza dei ragionamenti e delle valutazioni affrontate, il consumatore agisce quindi il comportamento di acquisto (fase B).

Secondo il paradigma ICABS, dopo l'acquisto del prodotto, è prevista la fase S, in cui le impressioni post-acquisto possono rinforzare o modificare il comportamento del consumatore, la sua conoscenza delle marche o anche l'ordine delle sue preferenze. La valutazione della soddisfazione ottenuta dal prodotto acquistato ha un potente effetto sui suoi acquisti successivi (Assael, 1984)

Ma questo approccio, forse, non rende giustizia al ruolo che le emozioni ricoprono nella vita di tutti i giorni. Così, in opposizione a questo filone di ricerca, più centrato sulla razionalità e sul prodotto, si è delineato, a partire dagli anni '80 e acquisendo via via sempre più consenso, un approccio denominato "*marketing esperienziale*".

È una prospettiva che prende avvio dai lavori di Morris Holbrook ed Elisabeth Hirschman (Holbrook, Hirschman, 1982; Hirschman, Holbrook, 1982), che, per primi, hanno messo in discussione il modello tradizionale di *consumer behavior*, considerando il consumo come un'attività "ricca di significati simbolici, risposte edoniche e criteri estetici" (Dalli, 2004), quindi più complessa della mera soddisfazione di bisogni. La critica della prospettiva esperienziale ai modelli cognitivi, se si volesse riassumere il concetto, era rivolta principalmente all'assunto della razionalità dell'individuo (Gandolfo e Romani, 1998).

La peculiarità di questo approccio, invece, è l'interesse per l'*esperienza di consumo* e non solo per l'atto d'acquisto in sè. In particolare, l'attenzione viene focalizzata sui contenuti e sui valori attribuiti dai consumatori ai prodotti, valori che vanno ben al di là della semplice utilità. Hirschman e Holbrook sono partiti dall'osservazione che nei processi di acquisto e di consumo, le emozioni giocano un ruolo ben più importante di quello generalmente attribuito loro dalle teorie tradizionali. Le emozioni sono sì suscitate dall'elaborazione, consapevole o inconsapevole, delle informazioni che l'individuo riceve dal mondo esterno; ma queste informazioni, prima di essere elaborate razionalmente dai centri di cognizione dell'individuo,

vengono direttamente inviate al sistema limbico del cervello, ovvero il centro emotivo dell'uomo (Butler e McManus, 1998). È in questo passaggio che si registra una predominanza delle emozioni rispetto alle informazioni, che rimarranno essenziali, ma solo in una fase successiva. Un aforisma del celebre pittore Gauguin può riassumere questo concetto: era solito dire, di fronte ad un quadro, *“innanzitutto l'emozione, subito dopo la comprensione”*.

Questo è un modo di leggere l'esperienza radicalmente diverso: l'individuo è considerato tanto razionale quanto emotivo. L'approccio esperienziale, quindi, nasce come analisi del comportamento di consumo in relazione a categorie di prodotto tipicamente emotive. E con queste premesse diventa “prodotto” anche un'esperienza: il balletto, la musica, il teatro e l'arte sono prodotti d'uso che, per definizione, rientrano nella categoria dell'edonismo. Il coinvolgimento soggettivo, *intimo ed esperienziale*, accomuna tali offerte, che necessariamente richiedono un'analisi che non si esaurisce nel solo processo d'acquisto, ma “si sostanzia nel momento di effettiva interazione” (Hirschman e Holbrook, 1982). A differenza della prospettiva utilitaristica dunque, che si concentra sullo studio del solo momento d'acquisto e che a questo punto può definirsi “purchaser behavior”, la prospettiva esperienziale presta più attenzione al momento di uso del prodotto, proprio perché il suo effettivo utilizzo permette di vivere la componente emozionale.

Nell'approccio esperienziale, infatti, il concetto di esperienza, assume una forte valenza ed è possibile definirlo come “fatto personale di rilevanza emotiva che ha origine dall'interazione tra un individuo e un prodotto o un servizio, e comunque uno stimolo” (Hirschman e Holbrook, 1982).

I due approcci, quello utilitaristico e quello esperienziale, dopo i toni accesi assunti nei primi anni '80, si sono concentrati in un tentativo di conciliazione, necessario al fine di ottenere un'interpretazione più globale del comportamento umano, che tenga conto tanto della sfera razionale quanto quella più emotiva ed esperienziale. Più recentemente Dalli e Romani (2000), hanno cercato di riassumere tutte queste caratteristiche essenziali individuando due fattori principali che le rendono differenti fra loro:

- la *focalizzazione*: se la prospettiva utilitaristica si focalizza sui processi di acquisto, quella esperienziale privilegia invece l'analisi dei processi di consumo;

- *l'oggetto di indagine*: se la prospettiva utilitaristica parte dall'assunto della razionalità dell'individuo e ne studia la manifestazione, quella esperienziale tende invece ad evidenziare la componente emotiva dei processi di consumo, privilegiando lo studio delle reazioni del sistema affettivo.

Sono queste le caratteristiche che rendono interessanti tali discipline agli operatori che si occupano di prevenzione all'uso di sostanze: se è vero che le sostanze rappresentano un prodotto, un "bene" che viene acquistato e consumato, la prospettiva esperienziale sembra quella che maggiormente permetta una lettura di questo comportamento di consumo, offrendo nuove prospettive per poterlo comprendere, affrontare e per poter individuare strategie più efficaci per rispondere ad esso.

Ma è il comportamento delle imprese commerciali che sembrano dare una spinta in questa direzione: la presenza di una forte frammentazione della domanda e di molteplici esigenze differenziate fra un individuo ed un altro (anche in relazione al soddisfacimento di uno stesso bisogno), portano spesso il singolo cliente a divenire l'interlocutore principale dell'impresa, tanto da meritare politiche promozionali, di comunicazione e di assistenza mirate e personalizzate, secondo un orientamento al consumatore. Con questo paradigma di riferimento le politiche generiche o gli interventi universali nella prevenzione possono rispondere in maniera più efficace alla situazione non solo orientandosi al cliente, ma inserendole in una cornice esperienziale.

Il concetto di esperienza

L'evoluzione storica del concetto di "esperienza" ha inizio alla fine degli anni '90 con J. Pine e J. Gilmore. Quasi contemporaneamente viene pubblicato "*Experiential Marketing*" di B. Schmitt, e, poco dopo, fioriscono altri contributi. Possiamo sintetizzare tali studi in due principali concezioni di "Customer Experience":

- Per Pine e Gilmore le imprese "mettono in scena un'esperienza" ogniqualvolta coinvolgono i clienti entrando in contatto con loro in modo personale e memorabile. Sicché il valore dell'esperienza è dato dalla sua "memorabilità" ottenuta spesso con azioni e processi di spettacolarizzazione;

- Per altri, tra cui LaSalle e Britton, l'esperienza ha un grande valore e suscita anche emozioni quando il cliente vive in modo eccellente, positivo, secondo e oltre le sue aspettative, senza intoppi o difficoltà, ogni momento che compone l'intero processo di relazione con la “soluzione” alla quale è interessato.

Ovviamente le due concezioni non si escludono a vicenda: comune è l'idea che l'esperienza è un evento del tutto personale e che coinvolge l'individuo “a livello emotivo, fisico, intellettuale o anche spirituale”.

Per poter comprendere il reale significato dell'esperienza di consumo e l'effettivo valore del riferirsi ad essa per poter progettare risposte efficaci e competitive, è utile partire dall'analisi filologica del termine. Il termine “esperienza” ha due categorie di significati:

1. La prima comprende tutte le definizioni in cui è considerata come “fonte o effetto del conoscere” in quanto mette in evidenza una dimensione alquanto trascurata nell'approccio manageriale americano. Si mette in risalto, infatti, il *valore cognitivo* dell'esperienza connesso all'uso, alla pratica, all'osservazione, allo studio o alla consuetudine. In tale accezione non si ritrova l'enfasi unicamente sulla dimensione emozionale, che a volte è stata intesa come distintiva dell'approccio esperienziale.
2. Il secondo tipo di significato definisce l'esperienza come “prova” o “esperimento” e porta con sé un'interpretazione probabilistica del termine “esperienziale”, più vicina alle sfumature dubitative di tipo postmoderno, in contrapposizione alla tradizionale certezza di offrire per ogni situazione le soluzioni adatte in termini di marketing mix: come operatori coinvolti nella ricerca di un sistema di offerta alternativo ma altrettanto efficace, siamo esposti ad un costante rischio di errore, in quella inevitabile scommessa che la complessità del consumo costringe a giocare.

La nozione di esperienza mette dunque in evidenza due aspetti contrari ma congiunti: il primo di passività, l'altro di attività. Mentre il consumo di sostanze si pone al livello delle esperienze “passive”, compito della prevenzione è quello di posizionarsi sì a livello di esperienze di vita, ma promuovendo occasioni, esperienze di benessere attive.

Una metodologia che sembra rispondere all'esigenza di individuare quali possano essere queste esperienze "alternative" è quella proposta dallo psicologo Csikszentmihalyi nel 1990, ovvero la "*teoria del flow*". Tale teoria sostiene che le persone trovino la maggiore realizzazione di sé nello svolgimento di attività in cui il grado di impegno e coinvolgimento richiesto è commisurato alle capacità, alle potenzialità dell'individuo. Sono le "esperienze ottimali": le attività che risultano piacevoli e gratificanti per l'equilibrio tra livelli elevati di sfida e alti livelli di abilità. La situazione in cui tale equilibrio viene a crearsi è definita, appunto, *flow* ed è caratterizzata da piacevolezza, spontaneità ed assenza di sforzo percepito. Il campo di esperienza in cui si realizza il *flow* diventa allora l'espressione delle abilità del soggetto, del suo talento, il luogo in cui più facilmente potrà accrescere la sua autostima e dare forma alla sua identità, ma anche sperimentarsi quale essere socialmente competente, intrecciando relazioni significative.

Per il consumatore moderno, consumare non è un semplice atto di assorbimento, di distruzione o di utilizzo di qualcosa. Esso diventa un atto di produzione di esperienze e di identità o di immagini di se stessi [...]. Per arricchire, per rendere affascinante la vita, per offrire alternative gratificanti quanto quelle offerte dalle sostanze, è allora necessario concedersi e creare esperienze multiple, che possano essere vissute sia emozionalmente sia razionalmente, utilizzando tutte le dimensioni dell'essere umano. La vita deve essere prodotta e creata, ossia costruita attraverso esperienze multiple nelle quali il consumatore si immerge.

Offrire esperienze

Per poter creare ed offrire esperienze occorre far proprie strategie e di strumenti autonomi rispetto a quelli tradizionali utilizzati dal marketing: l'approccio che si propone non è solo più quello strutturato del marketing mix, ma uno più ricco ed integrato, pieno di sovrapposizioni e contaminazioni. Non è più possibile separare il mercato dal target, il posizionamento dalla comunicazione, perché tutto si inserisce in un'ottica più complessa, totale, dove il "risultato finale è largamente superiore alla somma delle parti".

I tempi sembrano insomma maturi per un'evoluzione non solo del marketing tradizionale, ma anche delle strategie della prevenzione: facendo propria un'affermazione di Hamel, "per creare nuova ricchezza, un'azienda

deve essere disposta ad abbandonare la propria strada corrente...ed abbracciare un modello di business rivoluzionario”. L’economia delle esperienze, appunto.

Perché un’esperienza possa però davvero costituire un valore aggiunto è necessario che si caratterizzi per quattro requisiti:

- il *coinvolgimento* del consumatore è un fondamentale paradigma dell’economia delle esperienze: esso ha lo scopo di far vivere pienamente l’esperienza;
- il valore simbolico dell’esperienza è prioritario rispetto a quello funzionale: essa diviene tanto più saliente quanto in essa compaiono riferimenti ai processi mentali e sociali;
- è necessario che l’esperienza soddisfi i bisogni e desideri compositi di cui è portatore il target di riferimento;
- la facoltà di *autodeterminazione* dell’offerta da parte della persona consumatore è probabilmente il principale fattore distintivo nella prospettiva del marketing orientato all’esperienza. Essa rappresenta l’elemento verso cui convergono i requisiti precedenti, e soprattutto la condizione perché “esperienziale” sia inteso come *espressione della soggettività personale*, e non come semplice sinonimo di “emozionale”. È attraverso l’autodeterminazione che si realizza l’effettiva interazione tra chi offre l’esperienza e chi la vive ed è attraverso essa che quest’ultimo può effettivamente appropriarsi della propria esperienza di acquisto o consumo.

Per creare esperienze può essere utile, ancora una volta, far riferimento agli autori Pine e Gilmore, che definiscono i quattro ambiti di un’esperienza, quali risultanti di un incrocio tra due dimensioni: la prima dimensione è rappresentata dal livello della partecipazione fisica dei clienti: essa passa lungo un continuum da passiva, in cui i clienti non agiscono né influiscono in modo diretto sulla performance, ad attiva, in cui i soggetti coinvolti agiscono personalmente sulla performance o sull’evento che produce l’esperienza. L’altra dimensione è quella che vede ad un estremo l’assorbimento, che consiste nell’occupare l’attenzione di una persona nell’attività di captare l’esperienza con la mente, all’altra estremità l’immersione, cioè il prendere fisicamente parte all’esperienza stessa. Dall’unione di queste dimensioni è possibile individuare i quattro ambiti di un’esperienza che sono l’intrattenimento, l’educazione, l’evasione ed infine

l'esperienza estetica. La maggior parte delle esperienze si collocano a cavallo tra i vari campi, ma è ovvio che quelle più ricche sono caratterizzate dalla compresenza di tutti e quattro i campi. Un'esperienza ricca è dunque quella in cui i soggetti imparano qualcosa (educativa), fanno qualcosa (evasione), lo sperimentano (intrattenimento) ed infine traggono piacere dal solo fatto di essere lì (esperienza estetica).

La sfida più grande diviene dunque quella di creare esperienze che possano soddisfare tali requisiti. Anche in questo caso possiamo fare riferimento ad alcuni contributi provenienti dal mondo del marketing, nei quali si delineano, in cinque passi, le azioni da compiere per produrre esperienze alternative soddisfacenti e che saranno semplificati nel paragrafo successivo.

IL MARKETING ESPERIENZIALE NELLA PREVENZIONE

Da alcuni anni è nato nel marketing un filone di studi sempre più consistente intorno al tema della *customer experience*, capace di riconoscere maggior rilevanza al vissuto del consumatore ed alla sua capacità di autodeterminazione dell'offerta. I principi fondamentali del marketing esperienziale vennero formalizzati da Pine e Gilmore, che definirono l'attuale fase dello sviluppo economico come *experience economy*. Tale fase segue quelle dell'economia industriale e dell'economia dei servizi. Nel corso del tempo, infatti, si è passati dai beni commodity (che prevedono una elevata funzione d'uso delle materie prime) ad una economia basata sulle esperienze, passando per la fase dei servizi, nella quale i consumatori hanno acquisito una maggiore considerazione. Anche il consumo di sostanze, passato attraverso i fenomeni di massificazione, disintermediazione e automazione, rientrerebbe in tale fase economica, non potendo essere ridotto né alle sue funzioni d'uso né a quelle di gradimento. Ciò che risulta importante non è più il bene in sé, quanto piuttosto l'uso che di esso ne fa il cliente: allo stesso modo non è la sostanza in sé ad essere importante, quanto piuttosto il significato che attribuisce ad essa e i bisogni che con essa ritiene di poter soddisfare. Per essere dunque competitivi all'interno di un tale sistema di scambio, può essere importante offrire, quali prodotti alternativi, delle nuove (sane?) esperienze emotive che siano altrettanto rispondenti ai bisogni e gratificanti quanto le sostanze stesse. Per Pine e Gilmore occorre utilizzare la quota crescente di valore imputabile alle

esperienze rispetto alle altre forme d'offerta, facendo proprio il compito di "esperienziare" le cose ("Ing the thing: any good can be inged").

Seguendo la metafora dell'ufficio marketing, incaricato di individuare le strategie per entrare in concorrenza con le sostanze, occorrerà perseguire l'obiettivo di "mettere in scena" un'esperienza completa e multisensoriale che non si limiti ad intrattenere, ma che sia anche in grado di educare, coinvolgere ed estasiare il consumatore [Pine & Gilmore 2000].

L'obiettivo finale diventa la creazione di un'esperienza olistica, che si ottiene integrando esperienze sensoriali (*SENSE*), affettive (*FEEL*), cognitive (*THINK*), comportamentali (*ACT*) e sociali (*RELATE*) [Schmitt 1999, 2003]. Si tratta di un approccio *driven by experience*, l'experiential marketing. Esso si basa su quattro concetti chiave:

- focus sull'esperienza del cliente,
- considerazioni della situazione di consumo,
- riconoscimento dei driver sia razionali che emozionali del consumo,
- impiego di metodologie gestionali eclettiche.

In questa logica rivestono un ruolo decisivo non solo gli strumenti classici di comunicazione come la pubblicità, ma tutti gli elementi che rimandano alle acquisizioni ottenute nel campo della prevenzione, che devono essere coordinati per determinare l'arricchimento semantico dell'esperienza del consumatore. Per questo avranno grande rilevanza la pianificazione degli spazi, la gestione delle comunità e la creazione di eventi dedicati che avvicinino i consumatori ai valori che si intende trasmettere come operatori che si occupano di promozione del benessere e prevenzione.

Un modello: cinque passi per produrre un'esperienza

Prima azione: tematizzare l'esperienza

Il primo passo per poter offrire esperienze significative è scegliere un tema ben definito, che sia in grado di affascinare e stimolare l'individuo. Perché soddisfi tale criterio è utile seguire alcuni principi essenziali che possono essere così sintetizzati:

- alterare il senso di realtà di chi si desidera coinvolgere nell'esperienza: la sfida è quella di creare una realtà diversa dal quotidiano per poter fare, imparare, restare ed essere;
- i temi coinvolgenti integrano spazio, tempo e materia in un tutto compatto e realistico;
- i temi si rafforzano creando una molteplicità di luoghi nello stesso posto;
- un tema efficace deve essere conciso e coinvolgente.

Seconda azione: armonizzare le impressioni con indizi positivi

Uno degli obiettivi che deve raggiungere l'esperienza è suscitare impressioni che rimangano indelebili. Esse costituiscono infatti ciò che dell'esperienza il soggetto porta via con sé: esse per questo devono essere coerenti, integrate tra loro e con il tema. Questo significa che ciascun elemento presente nell'esperienza deve sostenere il tema, rimanendo assolutamente coerente con esso.

Terza azione: eliminazione degli indizi negativi

Risulta fondamentale che l'esperienza sia priva di qualunque elemento che impoverisca, contraddica o distolga l'attenzione dal tema.

Quarta azione: coinvolgere i cinque sensi

Quinta azione: integrare con oggetti di ricordo

Gli oggetti ricordo spesso assumono la funzione di servire da pro-memoria, ma potrebbero anche soddisfare il desiderio di mostrare agli altri quello che abbiamo vissuto per fare conversazione e, magari, suscitare invidia o interesse. Essi, in questo modo, divengono estensioni dell'esperienza stessa, che continuerà a perpetuarsi anche una volta conclusa.

BIBLIOGRAFIA

1. Richard P. Bagozzi, Zeynep Gürhan-Canli, Joseph R. Priester. The social psychology of consumer behaviour. Buckingham, Philadelphia, Open University Press, 2002

2. Daniele Dalli (2004). La ricerca sul comportamento del consumatore: lo stato dell'arte in Italia e all'estero, in *Mercati e competitività. Rivista della Società Italiana di Marketing*, n. 0, novembre, pp. 45-65.
3. Henry Assael. *Consumer behavior and marketing action*. Boston, MA: Kent Publishing Company, 1984.
4. Alessandro Gandolfo, Simona Romani (1998). Il comportamento del consumatore nella prospettiva di marketing: contenuti e categorie concettuali, in *Finanza, Marketing e Produzione*, n. 1, pp. 57-109.
5. Addis M., Holbrook M.B., "On the conceptual link between mass customisation and experiential consumption: an explosion of subjectivity", *Journal of Consumer Behaviour*, vol. 1, n. 1, 2001, pp. 50-66.
6. Arnould E., Price L., Zinkhan G., *Consumers*, 2nd ed., McGraw-Hill/Irwin, New York, 2004.
7. Berry L.L., Carbone L.P., Haeckel S.H., "Managing the total customer experience", *Mit Sloan Management Review*, vol. 43, n. 3, Spring, 2002, pp. 85-89.
8. Brown S.W., "The employee experience", *Marketing Management*, March/April, 2003, pp. 12-13.
9. Carbone L.P., Haeckel S.H., "Engineering customer experience", *Marketing Management*, vol. 3, n. 3, 1994, pp. 9-19.
10. Carù A., Cova B., "Esperienza di consumo e marketing esperienziale: radici diverse e convergenze possibili", *Micro & Macro Marketing*, n. 12, 2003, pp. 187-211.
11. Childers T.L., Carr C.L., Peck J., Carson S., "Hedonic and utilitarian motivations for online retail shopping behaviour", *Journal of Retailing*, n. 77, 2001, pp. 511-535.
12. Cozzi G., Ferrero G., *Marketing. Principi, metodi, tendenze evolutive*, G. Giappichelli, Torino 1996
13. Csikszentmihalyi M., *Finding Flow*, Basic Books, New York, 1997.
14. Fabris G., *Il nuovo consumatore: verso il post-moderno*, Franco Angeli, Milano, 2003.
15. Firat A.F., Dholakia N., *Consuming People*, Routledge, London, 1998.
16. Firat A.F., Shultz C.J. II, "From segmentation to fragmentation. Markets and marketing strategy in the postmodern era", *European Journal of Marketing*, vol. 31, n. 3-4, 1997, pp. 183-207.
17. Guatri L., Vicari S., Fiocca R., *Marketing*, McGraw-Hill Libri Italia, Milano, 1999.

18. Gupta S., Vajic M., "The contextual and dialectical nature of experiences", in J.A. Fitzsimmons, M.J. Fitzsimmons (a cura di), *New Service Development. Creating Memorable Experiences*, Sage Publications, Thousand Oaks, 2000, pp. 33-51.
19. Haeckel S.H., Carbone L.P., Berry L.L., "How to lead the customer experience", *Marketing Management*, January/February, 2003, pp. 18-23.
20. Hirschman E.C., Holbrook M.B., "Hedonic consumption: emerging concepts, methods and propositions", *Journal of Marketing*, vol. 46, Summer 1982, pp. 92-101.
21. Holbrook M.B., Hirschman E.C., "The experiential aspects of consumption: consumer fantasies, feelings, and fun", *Journal of Consumer Research*, vol. 9, settembre, 1982, pp. 132-140.
22. Kotler P., Scott W.G., *Marketing management*, Isedi, Torino, 1993.
23. Morace F., "Il marketing dell'esperienza, la felicità, i generi e le generazioni", *Sviluppo & Organizzazione*, n. 197, 2003, pp. 58-60.
24. Normann R., *Reframing Business*, John Wiley & Sons, Chichester, 2001, trad. it. Etas, Milano, 2002.
25. Pine B.J. II, Gilmore J.H., *The Experience Economy*, Harvard Business Scholl Press, Boston, Massachusetts, 1999, trad. it. Etas, Milano, 2000.
26. Schmitt B.H., *Experiential Marketing*, Free Press, New York, 1999.

5

**Tecniche di Marketing
applicate alla Prevenzione
in campo sanitario**

5.1 MARKETING E PREVENZIONE DELL'USO DI DROGHE

GIOVANNI SERPELLONI *, DIANA CANDIO **

* *Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Regione del Veneto*

** *Dipartimento delle Dipendenze di Verona*

INTRODUZIONE

Il presente contributo vuole proporre una riflessione, proponendo un primo modello semi strutturato, sulla possibilità di utilizzare un approccio di marketing e comunicazione nell'ambito della prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti.

Il motivo principale del possibile ricorso a tecniche di marketing per strutturare interventi di prevenzione di sostanze d'abuso deriva dal fatto che, ad oggi, non vi sono ancora degli approcci effettivamente soddisfacenti al problema ed è necessario, quindi, ricercare anche vie alternative, importando discipline che si sono mostrate efficaci nel condizionare l'acquisizione di comportamenti, e che potrebbero essere utili per la promozione e conservazione dello stato di salute delle persone.

Questo approccio può rappresentare una nuova chiave di lettura utile quale metodologia operativa in quanto:

1. Analizza il target ("clienti da conquistare, soddisfare, fidelizzare") caratterizzato da bisogni e domande differenziate in base alle caratteristiche neurobiologiche e psico-comportamentali, segmentandolo correttamente a partire dalle teorie di Cloninger. Si vuole introdurre quindi il concetto (tipico del marketing) che per un'azione efficace è necessario segmentare e, quindi, conoscere approfonditamente il proprio target al fine di creare un'offerta differenziata (definibile come prevenzione selettiva) in base agli specifici bisogni e profili comportamentali dei clienti rilevati.
2. Definisce i competitors, ossia gli attori concorrenti rispetto a chi offre opzioni di prevenzione (stili di vita sani e comportamenti di

salute), chiarendo quali siano le “lobbies” in gioco, i loro obiettivi, le quote di mercato conquistate, il loro posizionamento, etc.

3. Analizza, differenzia e struttura offerte alternative a quelle dei competitors, definendo i fattori che condizionano le preferenze del cliente e la scelta di “consumo” in termini comportamentali (uso di sostanze o fruizione di altri stimoli e stili di vita gratificanti in sobrietà da sostanze).
4. Valuta i propri effetti sulla base di indagini quantitative che tendono a rilevare concretamente la prevalenza e l’incidenza di stili di vita lontani dall’uso di sostanze.

La volontà, quindi, è quella di modellizzare e proporre alla discussione un nuovo approccio, in quanto vi è la necessità di costruire e comunicare efficacemente una nuova offerta preventiva in grado di competere con quella degli “spacciatori” e di quanti, in qualche modo, costituiscono una lobby “pro-droga” a cui è necessario opporre una lobby “contro la droga” con offerte proprie e competitive.

Questo approccio esula dal dibattito senza soluzione del “proibizionismo contro anti-proibizionismo” che, per quanto ci riguarda, crea solo confusione a livello mediatico e sociale e disorienta le persone, soprattutto i giovani, spostando e focalizzando l’attenzione su aspetti che, di fatto, possono solo influenzare negativamente l’adozione di comportamenti di salute. Come avremo modo di approfondire nel corso dell’articolo, l’approccio generale è quello di rendere consapevole la popolazione, e nello specifico i giovani, sui rischi derivanti dall’uso di sostanze e favorire l’adesione volontaria a modelli comportamentali e stili di vita sani e liberi da sostanze.

Per questo motivo, vi è la necessità preliminare di definire tutti gli attori che devono entrare in gioco contemporaneamente, per creare una vera “campagna preventiva” con alta probabilità di efficacia (scelte del singolo individuo, famiglia, gruppo dei pari di riferimento, comunità – opinion leader e amministratori - forze dell’ordine, scuola, ambienti di lavoro, ambienti sportivi e di intrattenimento, organizzazioni religiose di riferimento, media, organizzazioni sanitarie di riferimento – MMG, Servizi territoriali, ospedale ecc. -).

La giustificazione, se mai ce ne fosse bisogno, all’utilizzo di tecniche di marketing anche in questo campo la possiamo trovare in quanto:

- ❑ Il mercato della droga assomiglia molto al mercato di prodotti commerciali tradizionali.
- ❑ L'acquisto di sostanze, al pari di qualsiasi prodotto commerciale, è legato alla soddisfazione di bisogni indotti dall'interazione tra il singolo e il contesto. La domanda nasce quindi dalla necessità di acquistare i benefici garantiti dal consumo del "prodotto droga".
- ❑ L'offerta è differenziata (diversi tipi di droga) per rispondere ai diversi bisogni dei consumatori.
- ❑ L'advertising di questo prodotto si insinua anche nei canali tradizionali, quando ad esempio la cronaca riporta fatti di droga che coinvolgono persone famose e visibili trasformandole, in maniera inconsapevole ed atipica, in testimonial da emulare. Oppure si basa sul passa parola, o sulla promozione con offerta di assaggi "test" (come avviene nei supermercati per i nuovi prodotti).
- ❑ La fase di fidelizzazione (determinata da un complesso insieme di variabili) nel caso di questo prodotto può portare ad uno stato di addiction che rappresenta la modalità estrema di fidelizzare un cliente, e di agganciarlo al proprio spacciatore in maniera per lui estremamente redditizia e sicura, proprio dal punto di vista commerciale.
- ❑ Il sistema di produzione e distribuzione della droga è parallelo (in termini operativi) a quello della produzione e commercializzazione legale di un qualsiasi altro prodotto, utilizzando quindi regole e tecniche molto simili e strutturate a quelle del mercato legale, ma nel contempo godendo di tutte le "agevolazioni e facilitazioni" che derivano dal fatto di operare in un contesto di totale libertà d'azione (salvo incidenti con le forze dell'ordine, o mafie concorrenti). Il sistema si basa, infatti, sulla produzione in paesi internazionali e sull'importazione, stoccaggio, distribuzione su larga scala (macro) e vendita al dettaglio (micro).
- ❑ Infine, come la scoperta di nuovi prodotti da parte del cliente nell'ambito per esempio dei prodotti alimentari, l'iniziazione quasi sempre avviene tramite un conoscente fiduciario che offre gratis il "primo assaggio", senza sconfinare nell'ambito della criminalità e del traffico di stupefacenti, connotando una forma di "spaccio normo-sociale" accettato e molto efficace nel creare nuovi adepti.

SCENARIO GENERALE SECONDO IL MARKETING ANALITICO

Il “cliente”/destinatario e la segmentazione del target

Un intervento di prevenzione dell'uso di sostanze non si rivolge ad un solo “cliente”, spesso identificato prevalentemente nel target giovani, ma deve prevedere una serie di altri clienti che sono in grado di riprodurre ed amplificare condizioni favorevoli e necessarie alla scelta e al mantenimento di comportamenti preventivi e di stili di vita sani nei giovani che, peraltro (come vedremo), non possono a loro volta essere considerati come target indistinto.

Pertanto, tra i clienti/destinatari dell'intervento preventivo basato su tecniche di marketing devono essere annoverati i seguenti principali target (vedi anche più avanti il paragrafo sul marketing strategico), per i quali sviluppare offerte ed interventi specifici e coordinati tra loro.

Tabella 1: Destinatari principali dell'intervento di prevenzione.

Giovani (ulteriormente segmentati in base alle caratteristiche di rischio/vulnerabilità, uso di sostanze, gruppo sociale ecc.)
Genitori
Gruppo dei pari
Amministratori
Opinion leader sociali
Operatori della Scuola/educatori
Personalità religiose
Operatori del Media (Giornali, TV, Radio, Internet, Cellulari, Cinema..)
Operatori ed organizzazioni dei Centri commerciali
Operatori delle Associazioni sportive
Gestori ambienti intrattenimento
Operatori sanitari
Persone del mondo dello spettacolo
Operatori delle Forze dell'Ordine
Operatori del mondo produttivo (aziende, sindacati, ecc.)

Se analizziamo più da vicino e nello specifico il target giovani, da un punto di vista della domanda e dei bisogni, è necessario prendere coscienza

che le persone esprimono livelli di necessità diversi con caratteristiche proprie, che permettono di differenziare i clienti in vari segmenti. In altre parole, per comprendere il mixing dei vari clienti è necessario comprendere che le persone esprimono diverse preferenze e gradi di attrazione per le varie sostanze con diversa intensità e, conseguentemente, strutturando con esse diverse tipologie di rapporto (e quindi di consumo). Infatti, i comportamenti di fronte all'offerta di sostanze sono eterogenei: alcune persone rifiutano temendone i rischi e i pericoli, altre accettano tali sostanze o, addirittura, le ricercano attivamente, infine una maggioranza di persone si comporta in maniera adattiva (social conformity) al contesto, ai rituali e ai significati simbolici del gruppo sociale di riferimento nello specifico momento.

La diversa risposta comportamentale all'offerta di sostanze psicoattive dipende da una serie di fattori:

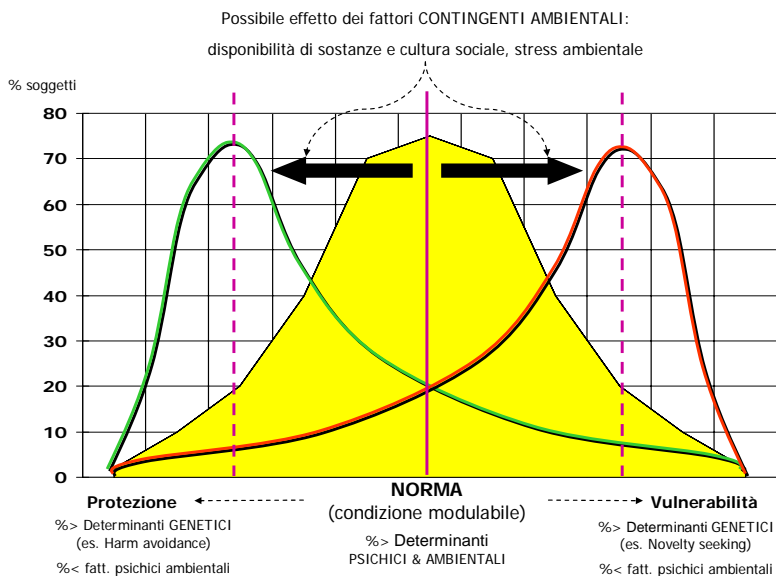
1. **caratteristiche neurobiologiche** del soggetto, che lo possono rendere più o meno vulnerabile a sviluppare uno stato di addiction in caso di sperimentazione ed uso di sostanze. È ormai risaputo che il tratto temperamentale “novelty seeking”^a è più vulnerabile di altri, e ha maggiore probabilità di diventare un “escalator” in caso di inizio d'uso (es. dalla cannabis all'eroina);
2. **tipo di sostanze utilizzate**, la capacità legante dipende senz'altro dalle caratteristiche farmacologiche della sostanza, ma anche dalla funzionalità che il soggetto ricerca nell'usarla come risposta ai propri bisogni psicologici;
3. **consuetudini e rituali del gruppo di riferimento**, che è in grado di condizionare fortemente l'espressione dei comportamenti del singolo individuo, specialmente in età giovanile;
4. **disponibilità** e facilità di accesso alle sostanze a livello ambientale;
5. **grado di tolleranza sociale** e di considerazione nei confronti del comportamento di consumo di sostanze (valore o dis-valore, plauso o condanna, variante para fisiologica o patologia ecc.) che viene espressa a livello della comunità (dagli opinion leader e/o dalla gente

^a La dimensione temperamentale “novelty seeking” di Cloninger, identifica il bisogno d'eccitamento, la ricerca di nuovi stimoli gratificanti o fonti di potenziale ricompensa.

comune e/o dal gruppo dei pari). Importanti a questo livello si sono dimostrate anche le normative esistenti e le relative sanzioni esistenti (vedi anche avanti).

Come è intuibile, questi fattori sono molto variabili e il loro mixing può essere anch'esso soggetto a notevoli variazioni, comportando così un modellamento anche profondo dei vari segmenti dei consumatori. Cogliere questa composizione e queste variazioni risulterà fondamentale per differenziare e rimodellare l'offerta preventiva.

Figura 1: Distribuzione simulata delle classi di popolazione a rischio e spostamenti possibili delle curve di distribuzione in base all'effetto dei fattori ambientali.



Si ricorda che il meccanismo generale di scelta e consumo prevede che il cliente (Acquirente, Tester, Neofita, Addicted ecc.), dopo aver valutato una o più proposte, accertando la loro idoneità a soddisfare il suo bisogno e le sue aspettative, decide di aggiudicare il consenso ad una proposta, esprimendo una preferenza. Successivamente, se la risposta ai suoi bisogni e

alle sue aspettative sarà positiva, scatterà un feedback positivo di rinforzo di tale comportamento, in caso contrario ricomincerà la ricerca di nuovi stimoli.

Le variabili che condizionano l'acquisto di un prodotto e la scelta di un comportamento possono essere diverse: cultura, abitudini, educazione, ideali, condizione socio-economica, affetti, sesso, età, ansie, credo religioso, esperienze, pressioni dal gruppo sociale di riferimento etc.

È importante, quindi, riconoscere che esistono diverse tipologie di potenziali clienti che, a fronte dell'offerta e facile accessibilità, assumono comportamenti diversificati. Questa differenziazione si esprime attraverso comportamenti di uso e consumo delle sostanze in base al grado, quindi, di condizionare una diversa vulnerabilità all'addiction, e può connotare alcune macrocategorie di clienti nel momento in cui vengono a contatto con le sostanze:

1. Persone altamente a rischio di utilizzo continuato e di addiction futura (*novelty seeking*);
2. Persone rifuggenti il rischio e refrattarie anche a provare al solo scopo sperimentale (*harm avoidance*^b);
3. Persone che sono fortemente suscettibili ai condizionamenti del gruppo (*reward dependance*^c), e possono evolvere verso la prima o la seconda categoria.

Va ricordato, inoltre, che per un singolo segmento di popolazione, l'omogeneità dell'utilizzo di un prodotto non garantisce automaticamente sull'omogeneità del profilo socio culturale dell'utilizzatore, infatti possono acquistare lo stesso prodotto consumatori con caratteristiche molto differenti (età, status sociale, genere, istruzione...Valdani, 1995); questo è tipico soprattutto del mercato delle droghe.

Al fine di chiarire un concetto fondamentale del marketing applicato a problematiche sanitarie e sociali, si ricorda che qualsiasi produzione di offerta dovrebbe essere preceduta da una lettura analitica della popolazione

^b La dimensione comportamentale "harm avoidance" (Cloninger) rappresenta la tendenza a rispondere intensamente agli stimoli avversivi, ad apprendere l'inibizione dei comportamenti che possono indurre pericolo, ad evitare perciò punizioni e frustrazioni.

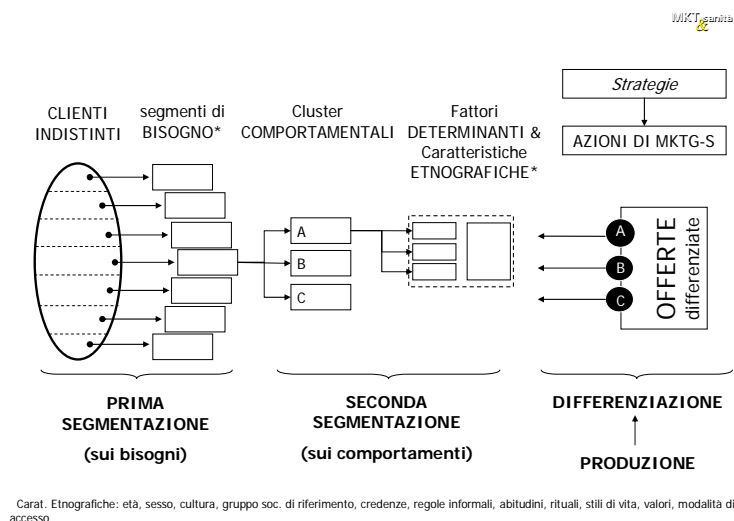
^c La dimensione "reward dependence" (Cloninger) rappresenta la tendenza a rispondere intensamente ai segnali di ricompensa e di approvazione sociale, ritardando l'estinzione dei comportamenti correlati all'approvazione da parte del gruppo di riferimento.

di riferimento, che da “indistinta” viene divisa e descritta in “segmenti” (raggruppamenti omogenei di bisogni) e successivamente analizzata e meglio definita in “profili comportamentali”.

Il marketing analitico deve poter dare informazioni importanti e vincolanti per realizzare le offerte. Il concetto chiave è quindi la “differenziazione” delle offerte e della loro produzione sulla base delle differenti caratteristiche dei vari segmenti di bisogno. È indispensabile, pertanto, entrare nella logica della costruzione e realizzazione di prodotti differenziati e quanto più possibile personalizzabili, cioè adatti ed adattabili per esempio ai macro segmenti di popolazione giovanile individuata: novelty seeking, harm avoidance, e reward dependance. Ciò comporta, inevitabilmente, che l'intera organizzazione sia orientata a questo principio, esprimendo ed acquisendo regole di funzionamento, modalità operative e strategie relazionali che permettano questo.

Anche le offerte di prevenzione dovranno, quindi, tenere conto di questo fondamentale principio della differenziazione delle offerte, elaborando prodotti e modalità diversificate di prevenzione, per esempio per il gruppo dei novelty seeking rispetto agli gruppi. La figura successiva riporta in sintesi questi concetti.

Figura 2: Identificazione dei Segmenti di bisogno e dei Cluster Comportamentali (segmenti di consumo).



I meccanismi di scelta e consumo

La scelta di determinati “prodotti” è condizionata da moltissimi fattori che, secondo la loro presenza, possono orientare il cliente ad esprimere diversi comportamenti di salute. Questa scelta può risentire fortemente del contesto in cui viene operata, pertanto non può essere considerata costante e univoca nel tempo, ma può variare in base a condizioni esterne. L'uso di sostanze si pone, per l'individuo, come metodo rapido ed efficace di raggiungimento di un obiettivo di gratificazione. Tale obiettivo potrebbe essere raggiunto anche attraverso altre modalità e comportamenti che, non necessariamente, ricorrono a stimoli farmacologici per implementare la propria gratificazione. La scelta dell'individuo può dipendere anche dal sistema di valori cui fa riferimento, dal grado di coerenza con le proprie scelte, nonché dal bisogno cui il soggetto deve rispondere sulla base del proprio sistema neuro biologico.

L'individuo potrà scegliere, prima di tutto, tra l'uso e il non uso, ossia tra lo stato di euforia derivante dalle sostanze e lo stato di sobrietà, facendo un bilanciamento cognitivo (sia emotivo che razionale) in grado di far maturare una motivazione al comportamento.

L'atteggiamento del cliente rispetto alla scelta di consumo viene inoltre influenzata dalla componente affettiva, ossia la dimensione emotiva delle reazioni psicologiche del consumatore (si può prevedere che un individuo “harm avoidance” avrà nei confronti delle droghe più frequentemente una reazione emotiva di rifiuto). I fattori che distinguono la componente affettiva sono:

- ❑ **La polarità**, un individuo può porsi favorevolmente o negativamente rispetto ad un prodotto, ad es. al prodotto droga;
- ❑ **L'intensità** con cui si provano sentimenti positivi o negativi, attrazione/repulsione, nei confronti del prodotto
- ❑ **L'effetto relazionale**, grado di relazione affettiva esistente tra prodotto/servizio e la persona, connessione “prodotto-persona”. Questa caratteristica stabilisce anche relazioni fra le persone che consumano uno stesso prodotto (esempio: un neofita spinto dagli amici a provare per la prima volta una sostanza psicoattiva);
- ❑ **Evocazione dell'impulso all'azione**, la capacità di un prodotto/servizio di evocare un impulso comportamentale. Più è

positivo l'atteggiamento verso un prodotto (mi fa divertire, mi sento accettato, provo sensazioni piacevoli) maggiore sarà la probabilità di ripetere l'esperienza di consumo;

- **Soggettività**, quanto l'offerta è rispondente ai bisogni individuali e, quindi centrata sull'individuo, sulle proprie emozioni, coerentemente con i bisogni della persona (Bagozzi, 2001).

La componente affettiva, in generale, può influenzare la valutazione delle caratteristiche di un prodotto in relazione al significato che ciascun individuo attribuisce loro (esempio: sostanza psicoattiva = divertimento, rischio, trasgressione oppure sostanza psicoattiva = pericolo, danno, problemi).

Va ricordato, comunque, che la componente affettiva influenza il processo decisionale in molti modi. Essa può influenzare l'importanza data alle singole caratteristiche del prodotto/servizio. I nostri sentimenti possono inoltre spingere a sovra o sottovalutare alcune caratteristiche di un prodotto/servizio, e a non percepirne altre ("pre-selezione sensoriale", "aspettative pre-orientanti"). Non è corretto, quindi, presupporre che in ogni circostanza le scelte dei consumatori siano guidate dalle sole caratteristiche dei prodotti.

Le principali componenti delle reazioni affettive (Lazarus, 1991) sono: l'amore, la gioia, la speranza, l'orgoglio (componenti positive), la rabbia, la tristezza, la paura, il senso di colpa e il disgusto (componenti negative).

Qualsiasi consumatore utilizza propri schemi cognitivi per la scelta e il consumo, i quali determinano l'atteggiamento stesso del consumatore nei confronti dell'offerta. Le persone con alto grado di conoscenze tendono a tenere in considerazione maggiormente, rispetto ai non esperti, le informazioni dissonanti con i propri schemi cognitivi. Oltre a questo è necessario tenere in considerazione, al fine di comprendere le varianti decisionali dei vari segmenti dei clienti, che esistono diversi processi di valutazione per giungere ad una decisione di "acquisto".

Ogni individuo ha un proprio quadro valoriale (che si va a formare e consolidare nel tempo) cui fa riferimento ogni qual volta debba scegliere cosa acquistare o come comportarsi. Questo insieme di valori, che varia da individuo ad individuo, porta ad attribuire diverse "importanze" ad ogni singola caratteristica del prodotto/servizio.

Il giudizio sull'offerta risente quindi di una ponderazione secondo un "modello compensativo lineare" (Bagozzi, 2001) in cui le opinioni di un individuo sono ponderate attraverso il suo sistema di valori (da non connotare con il significato morale della parola, ma con il significato di ciò che lui ritiene prezioso per se stesso e da non perdere) e la conseguente importanza assegnata alle varie caratteristiche dell'offerta.

Oltre alla dimensione emozionale delle reazioni psicologiche del consumatore nei confronti dell'offerta (esempio: sentimenti, emozioni, gusti, etc.), anche la componente cognitiva influenza le decisioni e il comportamento di consumo, caratterizzata dall'immagine mentale effettiva degli attributi di un'offerta e/o di ciò che essi possono determinare per la persona (esempio: pensieri, convinzioni, aspettative, etc.). Un altro importante elemento che agisce sulle decisioni sono i risultati attesi (obiettivi), in relazione ai quali un individuo si pone alla ricerca di informazioni, valuta percorsi alternativi di azione ed effettua le proprie scelte.

Sulla base di queste considerazioni risulta pertanto chiaro che ogni individuo ha "quadri valoriali" di riferimento diversi che comportano "importanze" diverse attribuite alle caratteristiche delle offerte e, di conseguenza, ciascun individuo opta per la tipologia di offerta che soddisfa questi schemi cognitivi ed affettivi.

I competitors

All'interno del sistema "mercato", dove l'individuo si trova ad agire ed interagire, vi possono essere diverse tipologie di "offerte" che possono essere messe a disposizione da diversi attori in competizione tra loro per accattivarsi la scelta del cliente.

Il cliente risentirà sicuramente della comunicazione, formale ed informale, che sarà in grado di raggiungerlo e che, in un primo momento, potrà aprirgli la via più consona per soddisfare i propri bisogni, anche sulla base delle proprie aspettative.

Vari "competitors" si possono posizionare in diverse aree sociali, sia nell'ambito della legalità che del ruolo istituzionale. In altre parole, si possono individuare gruppi sociali più o meno orientati a sostenere, direttamente o indirettamente (anche inconsciamente), la diffusione delle droghe mediante la disponibilità dell'offerta sul territorio. Vi sono persone ed organizzazioni che con le loro azioni (ma anche con le loro inerzie)

possono permettere il traffico, lo spaccio, il consumo di droghe all'interno della comunità ed altre che, dimostrando una diversa tolleranza, si oppongono pubblicamente alla diffusione del consumo di sostanze, promuovendo metodi e comportamenti alternativi che, una volta acquisiti, dovrebbero essere in grado di creare un effetto preventivo nei confronti del consumo di droghe. Le macro categorie dei “nostri” competitors possono essere suddivise con un primo livello di classificazione in:

- ❑ **Attivi**, contribuiscono in modo dinamico alla diffusione del consumo di sostanze mediante azioni dirette/indirette a favore di terzi;
- ❑ **Passivi**, non esprimono esplicitamente comportamenti o atteggiamenti contrari all'uso di sostanze e implicitamente assumono un atteggiamento di “tacito consenso”, anche se personalmente non sono d'accordo con l'uso di droghe.

Tabella 2: Caratteristiche identificative dei COMPETITORS

SOGGETTI ATTIVI Contribuiscono attivamente alla diffusione del consumo di sostanze e/o di opinioni, atteggiamenti e cultura “pro droga”	Spacciatori	Persone coinvolte nella produzione, traffico e vendita di sostanze illegali
	Opinion leader	Esponenti politici o persone del mondo dello spettacolo o in posizioni socialmente rilevanti, esplicitanti opinioni favorevoli alla liberalizzazione delle sostanze e tolleranti l'uso
	Gruppo dei pari	Gruppo dei pari con cultura espressa “pro” uso di droga esprimenti rituali, comportamenti ed atteggiamenti tolleranti se non, addirittura, incentivanti l'uso di sostanze
SOGGETTI PASSIVI Non esprimono la propria opinione, e al	Istituzioni (comuni, scuole)	“I Silenti”, cioè coloro che non esplicitano ed adottano una precisa posizione contro l'uso di sostanze stupefacenti ed alcoliche, differenziandosi chiaramente da quel gruppo di persone “pro”
	Opinion leader	

contempo non fanno niente di attivo per contrastare il fenomeno	Genitori/Educatori	droga.
---	---------------------------	--------

Figura 3: Attori che compongono il sistema di concorrenza ai prodotti preventivi.



Le offerte

Le dimensioni dei benefici

Una delle ragioni per cui il cliente compra un prodotto è rappresentata dal desiderio di ottenere benefici che derivano dall’acquisto stesso. Le strategie di marketing devono, quindi, riuscire a tradurre le caratteristiche proprie di un prodotto in benefici per il consumatore.

Tuttavia, è necessario premettere che l’uso di sostanze, visto come “offerta”, porta con sé non solo la sostanza e gli effetti che essa produce, ma anche un valore aggiunto, rappresentato da uno stile di consumo, un’appartenenza ad un gruppo sociale, uno status symbol, l’inserimento e la gerarchizzazione in organizzazioni naturali o strutturate che danno rilevanza al soggetto coinvolto. Pertanto nella valutazione dell’offerta si deve tenere

conto dei diversi benefici correlati: funzionali, simbolici, espliciti ed impliciti (Valdani 1995).

Tabella 3: Benefici dell'offerta droga percepiti dal consumatore

Benefici	Specifiche
Funzionali	Gratificazione chimica e immediatezza dell'effetto dopo la fruizione (stati di euforia, ricerca degli effetti farmacologici che producono piacere fisico e psicologico).
Simbolici	Il consumo di determinate sostanze viene associato allo status sociale e ad un particolare stile di vita. Percezione di "status elitario" derivante dall'acquisizione dell'offerta.
Impliciti	Sono motivazioni inconscie come l'insicurezza, il conformismo, il timore di non essere all'altezza della situazione. Può rappresentare un mezzo per fronteggiare esperienze personali di disagio
Espliciti	Rafforzamento del sentimento di appartenenza e di identificazione nel gruppo sociale prevalente, miglioramento delle prestazioni fisiche e sociali

Bisogni e offerte

L'offerta rappresenta una modalità per proporre all'attenzione del destinatario un prodotto con caratteristiche e peculiarità destinate a soddisfare il suo bisogno (Visciani, 2001). I bisogni spingono il consumatore a ricercare un prodotto per prevenire o far cessare uno stato di desiderio/insoddisfazione. Il bisogno ha una natura soggettiva e collocabile nel tempo; queste caratteristiche rendono indefinibile la numerosità dei bisogni, e difforni i livelli dell'intensità di percezione.

Le varie offerte vengono strutturate sui bisogni dell'individuo e sono appetibili tanto più soddisfano l'insieme di tali bisogni. Considerando la classificazione dei bisogni primari dell'individuo di A. Maslow (Valdani 1995), si può ipotizzare che il prodotto droga soddisfi le necessità descritte nella tabella successiva.

Tabella 4: I bisogni soddisfatti dal “prodotto” droga.

Bisogni	Specifiche
Fisiologici	Il bisogno di gratificazione e di sperimentazione di sensazioni di piacere è da considerare fisiologico, ma le modalità attraverso le quali questo avviene possono determinare, in questo caso, un problema. L'individuo ricerca gli effetti farmacologici stupefacenti in quanto più immediati e a maggior rendimento. Ricerca quindi una iper-stimolazione chimica del sistema di gratificazione.
Sicurezza	Basata su credenze ed illusioni rispetto alla capacità di migliorare e mantenere le proprie prestazioni, al fine di controllare la realtà esterna ed eventuali problemi ed avversità che si possono incontrare. Percezione di un miglioramento delle capacità relazionali e delle proprie performance percepite.
Appartenenza	Condivisione di abitudini e riti con altri (gruppo di pari) e riconoscimento di appartenenza ad un “clan vincente”. Tendenza spontanea alla “social conformity” sui rituali, le regole, la cultura del gruppo, al fine di una migliore accettazione ed integrazione da parte del gruppo sociale prevalente, considerato spesso “elitario” e coerente con le proprie aspettative di vita ed immagine della propria persona.
Stima	Aumento (almeno in un primo momento) dell'autostima, della sicurezza nelle proprie capacità e caratteristiche personali, visibili anche all'esterno, che ne permettono un riconoscimento e l'apprezzamento sociale da parte del proprio gruppo di riferimento.
Autorealizzazione	Illusione di rispondere adeguatamente alle richieste del mondo esterno di riferimento (lavorativo, sportivo, sociale, criminale, culturale, politico, etc.). Percezione di un miglioramento della performance con apprezzamento dei risultati raggiunti grazie all'uso di sostanze (soprattutto per la cocaina e le amfetamine utilizzate in ambiente di lavoro).

Sulla base delle considerazioni precedenti si possono trarre notevoli indicazioni per spiegare quali meccanismi si innescano durante il consumo di sostanze psicoattive. La tabella successiva riporta in sintesi quelli che possono essere i vari bisogni (differenziabili da individuo ad individuo) che possono sostenere, in maniera differenziata, l'uso iniziale delle sostanze, cioè la ricerca e sperimentazione di esse, e la continuazione di tale uso.

Tabella 5: Uso sperimentale e uso continuativo di sostanze e bisogni rispondenti.

Periodo di osservazione	Bisogni	Specifiche
Uso iniziale (sperimentazione)	Sperimentare la sensazione di rischio e/o trasgressione	Questa caratteristica è fortemente condizionata anche da aspetti neurobiologici del soggetto geneticamente determinati, che modulano il tipo e l'intensità del comportamento espresso a questo proposito
	Necessità di stimoli gratificanti a più alta efficacia con ricerca di nuove fonti gratificanti (di piacere)	Tipica condizione degli individui adolescenti in crescita che hanno necessità di sperimentarsi all'interno di un percorso fisiologico di sviluppo cognitivo e che li espone al rischio di addiction
	Rinforzo della sensazione di appartenenza al gruppo sociale di riferimento	Adeguamento ai comportamenti del gruppo per sentirsi più accettati ed integrati
	Elevazione del proprio status sociale	Derivante dalla percezione che mediante l'uso di sostanze si possa in qualche modo entrare più facilmente in gruppi sociali esclusivi o a più alta rilevanza

	<p>Ansia, depressione, stati di malessere psicologico</p>	<p>Queste condizioni possono spingere l'individuo a cercare soluzioni "rapide" e "chimiche" che spesso sono ricercate e trovate nelle sostanze stupefacenti per le loro note potenzialità farmacologiche, salvo poi introdurre ulteriori e più gravi problematiche</p>
<p>Uso continuativo</p>	<p>Mantenimento della gratificazione (piacere)</p>	<p>Una volta provate le piacevoli sensazioni collegate all'uso di sostanze, l'individuo sviluppa un bisogno di ripercorrere tali esperienze. È ormai provato che vi sono individui che percepiscono una più alta magnitudo dell'effetto gratificante delle sostanze rispetto ad altri, e questo dipende dalla loro struttura neurobiologica di gratificazione che risulta più sensibile alle sostanze. Questi individui pertanto avranno una sensazione più forte derivante dall'uso delle sostanze stesse, restandone più attratti ed esprimendo quindi una maggiore probabilità di ricerca e reiterazione del comportamento di assunzione. Tutto questo chiaramente comporta una maggior vulnerabilità allo sviluppo di addiction</p>

Evitamento dello stato astinenziale	Alcune sostanze inducono astinenza, con sintomi sia di tipo fisico che psichico, e questo stato di malessere profondo sviluppa la necessità nell'individuo di riassumere tali sostanze per estinguere i sintomi disagianti
Ansia, depressione, stati di malessere psicologico	Queste condizioni possono spingere l'individuo a mantenere, una volta sperimentate e trovate efficaci, l'uso di sostanze
Mantenimento/rinforzo dell'autostima	Molti individui hanno un incremento della propria autostima con l'uso di sostanze, che viene percepito come positivo e gradito al soggetto stesso, e fortemente in relazione cognitiva con l'assunzione delle sostanze stesse strutturando quindi un atteggiamento che porta a considerare tali sostanze come una componente "self" dell'individuo, e quindi non più rinunciabile salvo compromettere la propria autostima o altre condizioni
Mantenimento/rinforzo della capacità relazionale	Idem come sopra
Mantenimento/rinforzo dell'immagine sociale	Idem come sopra
Mantenimento/rinforzo della performance fisica e/o psichica e/o intellettuale e/o sessuale	Idem come sopra

Rinforzo della sensazione di appartenenza al gruppo sociale di riferimento	Adeguamento ai comportamenti del gruppo per sentirsi più accettati ed integrati
--	---

Nella segmentazione del target e successiva differenziazione dell'offerta sarà indispensabile tenere conto di quale sia e/o possa essere il ruolo e l'effetto del "divieto", fornito ai vari livelli con strategie diverse (educative, legali, morali, etc.), sui vari segmenti giovanili. Il divieto e la prospettiva di sanzioni in caso di uso di sostanze, infatti, evocano comportamenti molto differenziati a seconda del tratto temperamentale del giovane individuo che viene coinvolto. Va detto e riconosciuto, anche sulla base delle evidenze scientifiche, che i divieti e le punizioni in caso di trasgressione (indipendentemente dal giudizio di opportunità preventiva e politica) sono modalità che riescono a motivare un comportamento preventivo sicuramente nel gruppo degli harm avoidance, molto frequentemente nel macro gruppo normo-tipico, ma spesso ottengono l'effetto contrario, se non addirittura stimolante la trasgressione, nel gruppo dei novelty seeking. Questo comporta un'importante considerazione, cioè che in termini numerici è presumibile che la maggior parte della popolazione giovanile (circa l'80%) sia sensibile ai divieti e alle sanzioni riuscendo a motivare comportamenti preventivi, mentre nella restante parte tali modalità rappresentano probabilmente fattori incentivanti l'espressione di comportamenti a rischio.

Il Sistema delle offerte alternative alle sostanze

Se si vuole creare una valida iniziativa di prevenzione bisogna partire dall'assunto per cui non è possibile limitarsi ad iniziative di comunicazione che impongono solamente il "divieto di drogarsi", o su altre (indispensabili e meritevoli, ma parziali) che dimostrano che le droghe sono nocive per la salute.

È necessario costruire una vera ed ampia multi offerta sociale per i giovani che sia stimolante, innovativa, creativa e alla fine competitiva con quanto offerto dall'uso di droghe. Come si può intuire, l'introduzione e l'accettazione di questo principio comporta una vera e propria riconversione degli attuali orientamenti delle prevenzione. In altre parole si tratta di costruire iniziative, percorsi, momenti e contesti sociali coordinati che, oltre

a dire ed esplicitare che l'uso di droghe è nocivo e da evitare, realizzino, attivino e mantengano momenti formativi, educativi, di divertimento ed intrattenimento alternativi a quelli che si possano ottenere con l'uso di sostanze. Una società si deve quindi preoccupare non solo di condannare l'uso di droghe, ma anche di strutturare reali offerte di "gratificazione", di realizzazione e valorizzazione dei propri giovani. Pertanto lo sforzo della nuova campagna preventiva basata su questi concetti è anche quello di far conoscere ai giovani altre forme di divertimento e personale realizzazione, rendendo nel contempo più "sane" quelle esistenti.

Tabella 6: Caratteristiche di una campagna di prevenzione competitiva.

**Gradevole e divertente
con possibilità di
ripetere l'esperienza
ciclicamente**

Le varie iniziative devono possedere caratteristiche di appetibilità e attrattività che potranno essere mutate, nella forma, da molte altre iniziative (che non hanno finalità etiche come queste, ma solo commerciali) esistenti sul mercato ed apprezzate dai giovani per il loro format al di là dei contenuti. A questo proposito si sono dimostrate molto apprezzate le iniziative musicali, la danza, il cinema, lo sport, la moda e, per segmenti più impegnati, i dibattiti sulle problematiche giovanili e adolescenziali vissuti in forma quasi televisiva, cioè in chiave comunicativa immediata e veloce. Altre forme apprezzate sono i raduni anche estemporanei finalizzati alla socializzazione e al divertimento, le gare di auto e moto che, nonostante la loro pericolosità, possono essere gestite in contesti più sicuri e maggiormente valorizzati anche per i giovani stessi, evitando così (o perlomeno riducendo) le gare illegali e tutte le conseguenze negative correlate.

Non ci si deve meravigliare di queste proposte perché si tratta di creare un contesto sociale di iniziative per i giovani più sicuro, finalizzato a trasmettere valori e stili di vita sani a partire da quello che loro comunque farebbero spontaneamente, magari in contesti di illegalità, di alto rischio, spesso strumentalizzati da persone di malaffare.

Multidimensionale	Un sistema sociale, macro o micro (regione, provincia, comune, circoscrizione ecc.) che sia, dovrà prevedere una serie di offerte gestite e non una mono offerta, sia nell'ambito dell'intrattenimento e del divertimento ma anche in quello educativo, formativo e lavorativo, indirizzate ai giovani. Una strategia di questo tipo deve coinvolgere, quindi, i vari settori sociali e le pubbliche amministrazioni interessate, per orientare le risorse esistenti e magari investire nuove risorse per tali finalità.
Multimediale	Che utilizzi tecnologie avanzate multi mediali di comunicazione e realizzazione: TV, DVD, Internet, SMS, Radio, Cinema ecc. Questo aspetto è fondamentale per una accettazione delle iniziative da parte del target giovani che ormai ha acquisito queste tecniche nel proprio strumentario quotidiano di comunicazione.
“Libera” e liberalizzante	Che utilizzi anche una forma non a rischio di trasgressione e anticonformismo con momenti liberatori ma rispettosi e non violenti, dando la possibilità al giovane di potervi aderire liberamente.
Acquisizione di privilegi e benefici individuali immediati (premio di adesione ed “acquisto”)	Gadget, acquisizione di posizioni di rilievo e di immagine positiva. Es. se non bevi alcol in discoteca e all'uscita il test alcolologico è negativo, ricevi un premio a riconoscimento dello sforzo fatto mediante la distribuzione di un biglietto omaggio.
Socialmente “trendy” per il mondo giovanile	Sostenuta da una forte comunicazione in tal senso che espliciti la forte condivisione sociale, rendendola “di moda”. La costruzione dei trend e delle mode di consumo è una tecnica ben conosciuta a livello commerciale che potrebbe facilmente trovare applicazione anche in questo campo etico.
Senza rischi legali o di sanzioni	Libera da possibili pericoli legali, rispettosa quindi della legalità e dei regolamenti tendenti alla tutela della salute e della civile convivenza.
Non costosa	Ogni offerta rivolta ai giovani dovrebbe essere di facile accesso e quindi di basso costo, se non addirittura gratuita, anche se una certa forma di

	compartecipazione economica alle iniziative spesso le rende più apprezzate e ricercate. Oltre a questo si pone anche un problema di fattibilità finanziaria che non può, a volte, non richiedere una compartecipazione da parte del cliente.
Che renda “protagonista” il giovane che partecipa all’iniziativa	Che faccia sentire la persona parte attiva dell’iniziativa e non solo soggetto passivo, centrando le iniziative sui partecipanti.
Che possa essere percepita dal giovane come un vero è proprio investimento per se stesso anche per il futuro	Questo aspetto riguarda soprattutto le iniziative formative ed educative che dovrebbero mettere in risalto fin dalla loro presentazione come possono essere utili e piacevoli, soprattutto nell’immediato, per il giovane. Tutto questo evidenziando anche l’utilità nel medio lungo termine, aspetto che i giovani tendono a non cogliere molto.
Che contribuisca a rafforzare la socializzazione e gli eventi di gruppo	Questo aspetto è ricercato ed apprezzato dal target giovanile oltre che essere molto positivo da un punto di vista educativo.
Agganciata a spinte ideologiche di solidarietà, libertà, tolleranza e fratellanza	Anche questo aspetto è ricercato ed apprezzato dal target giovanile e rappresenta una buona chiave comunicativa. I valori qui ricordati sono inoltre una base indispensabile per la convivenza in una società che diventa sempre più complessa anche da un punto di vista multietnico.
Rispettosa e valorizzante le diversità, il senso critico, il confronto.	Le iniziative non possono essere “omologanti” perché sarebbero rifiutate dai giovani, oltre ad essere scorrette sotto vari punti di vista. La valorizzazione delle diversità sulla base comune dell’accettazione di alcuni valori fondamentali come quelli ricordati sopra, consente inoltre un maggior “appealing” da parte dei giovani.

La necessità di un prodotto “tangibile”

Ricordiamo che i giovani hanno bisogno di ricavare dalle varie iniziative di prevenzione un “prodotto tangibile”, immediato, che faccia percepire loro in modo concreto l’utilità della partecipazione all’azione. Riconoscere

questa necessità risulta importante fin dalla programmazione degli interventi, che dovrebbero sempre porsi il problema delle evidenze “materiali” che il giovane aderente a tali iniziative porterà con sé dopo tali eventi.

Tabella 7: Descrizione dei possibili prodotti tangibili degli interventi di prevenzione.

Offerte	Principali iniziative
Informazione e comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuzione periodica di materiali informativi accreditati sui danni da sostanze nelle scuole e negli ambienti di aggregazione. • Esplicitazione da parte di un alto numero di opinion leader sociali delle loro posizioni contro l'uso di droghe (es. “Consorzio etico permanente per la salute dei giovani”). • Trasmissioni periodiche strutturate sui rischi e sui danni (evitare i dibattiti sterili alla tv su proibire o liberalizzare. Le persone hanno bisogno di una comunicazione semplice ed orientante con indicazioni chiare e coerenti su “che cosa devo fare con mio figlio per ridurre il rischio droga?”).
Educative	<ul style="list-style-type: none"> • Raduni giovanili per discutere su temi specifici sopra riportati. • Raduni giovanili per realizzare opere di solidarietà nei confronti di gruppi di popolazioni svantaggiate. • Gruppi di lavoro permanenti sui diritti civili. • Gruppi di lavoro per la tutela e la difesa dei bambini.
Formative	<ul style="list-style-type: none"> • Corsi di formazione su vari argomenti correlati alle possibili attività lavorative. • Corsi e stages che permettano ai giovani di entrare in contatto precocemente con le realtà produttive locali e non solo alla fine di un percorso scolastico, in modo da concretizzare le proprie fantasie rispetto al proprio futuro. • Corsi di formazione che avvicinino i giovani a “discipline” creative e nello stesso momento educative, quali la musica (eseguita) e la danza.
Intrattenimento gratificazione	<ul style="list-style-type: none"> • Concerti esplicitamente finalizzati al supporto della lotta alla droga e all'alcol.

-
- Spettacoli di danza esplicitamente finalizzati al supporto della lotta alla droga.
 - Raduni e gare sportive nelle varie discipline esplicitamente finalizzati al supporto della lotta alla droga, alcol e sostanze dopanti.
 - Concorsi creativi musicali.
 - Concorsi creativi di danza.
 - Raduni e gare motociclistiche esplicitamente finalizzate al supporto della lotta alla droga e all'alcol.
 - Raduni e gare automobilistiche esplicitamente finalizzate al supporto della lotta alla droga e all'alcol.
-

Fattibilità

Al pari del movimento ecologico (che molti anni fa si poneva il compito di salvare il pianeta dall'inquinamento e che inizialmente era solo un movimento ideologico, diventando in seguito una vera e propria rete di imprese e multinazionali) anche la prevenzione delle droghe e dell'alcol probabilmente troverà la sua realizzazione su larga scala, nel momento in cui diventerà un business in grado di creare reddito e profitto per qualcuno. Basti pensare alle possibili entrate pubblicitarie che potrebbero essere realizzate, relative alla promozione di una campagna pubblicitaria in chiave comunicativa "pubblicità progresso". Molti esempi esistono già, la Coca-cola e la Pepsi-cola ogni anno investono milioni di dollari su questi temi negli Stati Uniti.

Questo non ci scandalizza se si otterranno, comunque, gli obiettivi di salute per cui stiamo lavorando. Se un'imprenditoria illuminata vorrà investire in questo campo per trarne anche un onesto profitto non vi sarà nulla di male, anche se il ruolo della pubblica amministrazione a questo livello dovrebbe sicuramente essere molto più importante e più presente.

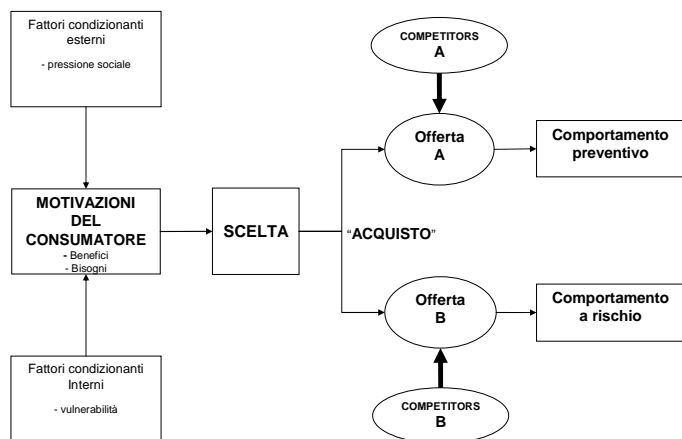
La fattibilità delle iniziative risente quindi di cinque importanti fattori:

1. **condivisione della Vision** e delle strategie generali come sopra esplicitate;

2. **competenze tecniche** nella gestione non tanto degli aspetti relativi alla comunicazione sui danni delle droghe (aspetto comunque importante), ma dell'organizzazione degli eventi e delle offerte permanenti per i giovani in ambito sociale, formativo/educativo e dell'intrattenimento;
3. **finanziamenti** disponibili, realizzabili anche con appropriate sponsorizzazioni etiche (non in relazione con produttori di sostanze/farmaci d'abuso/ecc.) e con la creazione di una fonte di reddito onesta collegata alla realizzazione dei programmi di prevenzione;
4. **capacità di programmazione** adeguata a livello territoriale;
5. **legittimazione** amministrativa, sociale e politica ad operare.

Non vi è dubbio comunque che questi interventi siano fattibili, se consideriamo per esempio che la nostra società riesce a realizzare eventi ben più complessi e dispendiosi come l'organizzazione di un campionato di calcio, di un giro ciclistico d'Italia o di una serie di "Reality" dai costi esorbitanti. Probabilmente è solo una questione di riconoscimento delle priorità.

Figura 4: Descrizione del processo di scelta di un prodotto tra offerte alternative.



Un eventuale competitors A deve essere capace di strutturare un'offerta alternativa a quella della concorrenza (competitors B) al fine di ottenere comportamenti e stili di vita preventivi, ponendosi sul mercato con la capillarità, la penetranza e la rilevanza perlomeno simmetriche al suo concorrente. Come è intuibile tale forza è difficilmente esprimibile e raggiungibile da un unico soggetto, solo un insieme di organizzazioni e gruppi sociali potranno competere a questi livelli.

In altre parole la prevenzione non può essere delegata esclusivamente agli operatori dei dipartimenti delle dipendenze, ma dovrà coinvolgere, per risultare efficace, numerosi attori sociali, con un'estensione tale da permettere la creazione di una cultura prevalente e di modelli comportamentali. Questa cultura non deve essere rappresentata da una minoranza, né da una maggioranza silenziosa, ma da un insieme coordinato ed esplicitante (oltre che operante) di persone ed organizzazioni in grado di fornire ai giovani scelte alternative alle droghe, nel periodo più vulnerabile della loro vita, cioè l'adolescenza.

La rete distributiva

Nello strutturare interventi di prevenzione è necessario considerare anche la rete distributiva del competitore e come essa è variata negli ultimi anni.

Come riportato in seguito, oltre che da un'analisi pubblicata negli atti della Conferenza nazionale sulle droghe di Palermo del 2005, le nuove caratteristiche del mercato della droga con cui fare i conti nella strutturazione delle nuove campagne di prevenzione, possono essere così descritte:

Tabella 8: Caratteristiche del nuovo mercato della droga.

Differenziazione e riduzione dei prezzi	I prodotti sono sempre più vari al fine di soddisfare tutte le esigenze e di indurre sempre nuovi bisogni. A questo fine si è associata anche una politica di riduzione dei prezzi, con "sconti comitiva" ed agevolazioni per i neofiti. Il principale fenomeno cui si è assistito è stato proprio la forte differenziazione delle varie offerte di droga, con la fornitura di tantissimi tipi di sostanze e di varianti delle sostanze stesse, al fine di
--	--

	<p>soddisfare qualsiasi tipo di esigenze e curiosità.</p> <p>In questi anni si è assistito alla diminuzione del prezzo di alcune importanti droghe (vedi cocaina), ma anche la diminuzione della pezzatura con fabbricazione e spaccio di dosi più ridotte, sia nel contenuto di principio attivo che nel prezzo, al fine di renderle più fruibili soprattutto dai giovanissimi. Questa politica consente infatti un maggior accesso alla droga di fasce con basso potenziale di acquisto (individui dai 12/14 anni d'età) che potrebbero avere, inoltre, una diffidenza iniziale derivante anche dai forti effetti psicoattivi che una "normale" dose potrebbe esercitare su di loro. Infatti le dosi a basso contenuto di principio attivo sono meno "disturbanti" e più accettate dai neofiti.</p> <p>Tale tecnica di vendita, cioè quella di creare prodotti a minor contenuto di principio attivo e a minor costo (prodotti "iniziativi"), è stata spesso osservata anche nel mercato lecito delle sostanze alcoliche (soft drinks)</p>
Gadget e fidelizzazione	<p>Spesso gli spacciatori tendono a dare dei piccoli "gadget" ai clienti per creare una fidelizzazione maggiore attraverso la fornitura di altre droghe, oltre quelle richieste, come nel caso dei consumatori di ecstasy, amfetamine e cocaina che a volte vengono forniti di sigarette a base di eroina per contrastare gli effetti di sovra eccitazione che tali sostanze danno se assunte continuativamente per qualche giorno (es. i week-end drug users). Queste persone utilizzano eroina come "sedativo" la domenica notte per poter fruire di un riposo notturno che gli permetta, il lunedì, di tornare a scuola o sul posto di lavoro.</p> <p>Lo spacciatore fornendo un "gadget" a base di eroina oltre a soddisfare un bisogno del proprio cliente, favorisce un'iniziazione importante verso droghe a più alta capacità legante, molto più remunerative, basando la fidelizzazione del cliente sul fenomeno della dipendenza e della sindrome da astinenza.</p>
Grande distribuzione	<p>Il mercato della droga utilizza tecniche e strategie della "grande distribuzione" e concetti fondamentali mutuati dalla modalità ed organizzazione della rete Internet.</p>
Capillarizzazione dello spaccio e	<p>È ipotizzabile che la rete distributiva della droga utilizzi un sistema a più canali (diretti ed indiretti), che</p>

distribuzione multicanale	<p>consente di andare incontro ai diversi comportamenti d'acquisto dei consumatori dei vari segmenti. Da qui deriva il problema, ad esempio, che un cliente potendo acquistare un prodotto potenzialmente uguale mediante canali diversi può trovare prezzi differenti (determinati anche dalla concorrenza, dalla produzione, dalla qualità).</p> <p>La capillarizzazione dello spaccio ha coinvolto anche spacciatori "non professionisti" che per la loro attività concentrano ed entrano in contatto con un alto numero di potenziali clienti (come ad esempio parrucchieri, avvocati, estetisti, baristi, operatori dell'intrattenimento, ecc. – senza chiaramente voler criminalizzare nessuna delle categorie qui riportate), probabilmente al fine di aumentare la penetranza e ridurre l'identificabilità della rete criminale.</p>
Sistema aperto	Non esiste un controllo del mercato e della rete di vendita univoco e verticistico, ma piuttosto un sistema aperto a cui è possibile accedere in modo individuale od organizzato, focalizzato sul consumatore in senso ampio.
Rete di vendita Fault-tolerant	Nel momento in cui un componente della rete di vendita non è in grado di funzionare bene viene semplicemente sostituito, senza perdita di servizio.
Co-marketing	Spesso le droghe sono prodotti che si vendono associati ad altri prodotti (generalmente leciti, come ad esempio l'alcol o il divertimento), condizionando determinati consumi in determinate situazioni ed ambienti.
Valore aggiunto	Più che la sostanza in sé, si vende ciò che la sostanza è in grado di rappresentare all'interno di un determinato format (sballo, prestazione, alterazione, socializzazione, trend culturale) creando una contiguità tra sostanza lecita o illecita e fornendo quindi al cliente un valore aggiunto.
Advertising	In questi anni si è assistito ad una costante pubblicizzazione diretta, anche tramite riviste specializzate e siti Internet, delle sostanze stupefacenti e di prodotti che le contengono sottoforma di caramelle o cioccolatini. La moltitudine di siti Internet pubblicizzanti qualsiasi tipo di sostanza è sotto gli occhi di tutti. Oltre a questo la pubblicità indiretta fatta

da vari opinion leader, sia del mondo dello spettacolo che della politica, verso un uso tollerato se non, addirittura, auspicato dell'uso di sostanze ha creato sicuramente una concezione comune più propensa all'acquisto e all'uso. Basti pensare, relativamente a questa pubblicità indiretta, agli effetti in termini di comunicazione e ai conseguenti stereotipi comportamentali e sociali che ne possono derivare da azioni come quella di un'università dello Stato Italiano che ha dato una laurea ad honorem in comunicazione ad un famoso cantante, Vasco Rossi, che ha sempre esplicitato posizioni estremamente chiare verso l'uso di sostanze.

Altri esempi che possiamo citare, ai fini della nostra analisi di marketing, di persone considerate dalla gente comune come "di successo", quindi probabilmente imitabili anche nei loro comportamenti privati, sono personalità che a vario titolo sono state coinvolte nel problema droga (qualcuna di loro uscendone anche in modo molto positivo), ma che da questo coinvolgimento ne hanno tratto comunque un vantaggio di immagine (e a volte anche di reddito derivante). Ci riferiamo, per esempio, agli attori Paolo Calissano e Andrea Roncato, alla stilista Donatella Versace, alla modella Kate Moss, al senatore a vita Emilio Colombo, all'attrice Serena Grandi, allo showman Fiorello, all'imprenditore Lapo Elkann e agli sportivi Diego Armando Maradona e Marco Pantani (oltre ad altri che per brevità non citiamo, come esplicitamente riportato nel Corriere della Sera il 03/02/2007). È chiaro che questi fenomeni ed eventi di comunicazione possono influenzare moltissimo i comportamenti di acquisto, soprattutto dei giovani consumatori che associano all'uso di cocaina e ai problemi anche gravi ad essi correlati comunque i miti del successo e dell'arricchimento.

Integrazione sociale	Vendita e consumo diventano meno visibili, quasi integrati nelle reti lecite di consumo di sostanze alcoliche e dell'intrattenimento e comunque socialmente molto più accettati.
-----------------------------	--

Nuova criminalità	Il traffico e lo spaccio è nelle mani di una nuova criminalità (soprattutto al Nord Italia) che poco utilizza
--------------------------	---

	la rete criminale autoctona. Negli ultimi anni si è assistito ad un riciclo degli ingenti guadagni, fatti attraverso la prostituzione e lo sfruttamento della schiavitù femminile, nel traffico della cocaina, mettendo in piedi un'organizzazione di controllo e gestione del territorio che spesso ha utilizzato forza lavoro militarizzata proveniente dai paesi dell'Est (ex militari con addestramento e modalità operative specifiche e non improvvisate). Diversa è la situazione al Sud dove appare prevalere l'organizzazione criminale autoctona che fa riferimento soprattutto alle organizzazioni mafiose.
Finanziarie e flussi di denaro	Negli anni, per gestire ingenti proventi derivanti dallo spaccio si sono realizzate delle vere e proprie finanziarie per la gestione dei flussi di denaro sporco e la loro ricanalizzazione in attività lecite. Queste organizzazioni estremamente sofisticate rappresentano la cerniera di saldatura tra il mondo legale e quello illegale. Molto spesso la distribuzione e lo spaccio di medio calibro utilizzano anche la piccola imprenditoria, che ne trae beneficio per sostenere le proprie attività produttive.

IL MARKETING STRATEGICO

I principi per una Vision ed una Mission condivise

Qualsiasi azione si voglia intraprendere a livello socio ambientale, che coinvolga un multi target come quello qui presentato, deve necessariamente partire dalla condivisione di una Vision e di una Mission che si basino su dei principi semplici, ma altrettanto chiari, di come si deve operare e comunicare relativamente alla prevenzione dell'uso di sostanze.

Questi principi dovranno essere presenti ed esplicitati in tutti gli interventi sui vari segmenti identificati, con l'obiettivo anche di farli condividere ed adottare soprattutto dai moltiplicatori informativi ed educativi in grado di agire sui giovani a rischio.

I principali principi in questa ottica potranno essere così riassunti:

Tabella 9: I principi fondamentali per la strutturazione della Vision e della Mission comune.

1	Chiarezza esplicita	Le posizioni contro l'uso di sostanze devono essere chiare ed esplicitate costantemente a tutti i livelli.
2	Non uso come scelta di vita	La scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di droga, alcol, sostanze dopanti.
3	La normalità della sobrietà	I comportamenti di salute migliori sono quelli che prevedono uno stato di sobrietà costante. Questo stato deve essere considerato la vera "normalità" di comportamento, definendo quindi l'uso di sostanze "l'anormalità, la devianza, uno stato di rischio da evitare".
4	La dipendenza	La dipendenza da qualsiasi sostanza può essere raggiunta attraverso un uso anche saltuario di sostanze che può evolvere, spesso in maniera incontrollabile dal soggetto, verso un'assunzione continuativa. Tale stato di dipendenza è una vera e propria patologia, una malattia che può compromettere l'integrità psico-fisica, e a volte morale, dell'individuo e della sua famiglia.
5	Comunicazione permanente	La comunicazione di questi principi di salute deve essere permanente e promossa ai vari livelli.
6	Consapevolezza individuale	La finalità preventiva non entra nel merito della discussione "proibire o liberalizzare", ma punta a rendere consapevoli individualmente le singole persone che tutte le droghe/sostanze possono essere pericolose e dannose per la salute fisica, psichica e sociale dell'individuo.
7	Problema di Sanità Pubblica	L'uso di sostanze deve essere considerato un problema di Sanità Pubblica, che deve essere affrontato e gestito dalla Pubblica Amministrazione con criteri cautelativi e prudenziali, a favore soprattutto delle fasce di popolazione più vulnerabili.
8	Vulnerabilità all'addiction	È indispensabile considerare che nella popolazione giovanile esiste un sotto gruppo di persone particolarmente vulnerabile a sviluppare dipendenza nel caso di uso di sostanze, che deve essere protetto anche mediante l'utilizzo di norme e regolamenti sociali.
9	Divieti	e I divieti e le sanzioni ragionevoli collegate all'uso di

	sanzioni ragionevoli	sostanze si sono dimostrati degli efficaci deterrenti per la maggior parte delle persone, ma va tenuto conto che una minoranza (es. novelty seeking) reagisce a tali divieti e sanzioni con comportamenti oppositivi e trasgressivi, che ne possono incentivare l'uso.
10	Scelte di politica sanitaria	È necessario pertanto prevedere una differenziazione delle azioni ma, contemporaneamente, operare scelte di politica sanitaria e sociale che siano tutelanti e conservative il più alto numero di soggetti interessati al fenomeno.
11	False sicurezze	Non devono essere assunti comportamenti, decisioni, e atti amministrativi a livello sociale che possano indurre i giovani (soprattutto i giovanissimi che hanno meno strumenti di auto-valutazione e di giudizio ponderato) a false sicurezze verso l'uso di sostanze, a considerare cioè poco pericolose o non dannose tali sostanze, introducendo quindi in termini di comunicazione l'errato concetto dell'esistenza di una "soglia di tollerabilità" o di una possibilità di "uso gestito" delle droghe.
12	Sanzioni socialmente utili	La risposta alla diffusione (spaccio) deve prevedere sanzioni penali trasformate prevalentemente in lavori socialmente utili. Questo anche a scopo educativo, sia in termini individuali che di comunicazione sociale.
13	Risposta multimodale	La risposta all'uso di sostanze deve essere attiva, permanente e multimodale (individuale, familiare, di gruppo, sociale), prevedendo prevalentemente modelli educativi e non punitivi riconoscendo, però, il divieto e la ragionevole sanzione come validi strumenti deterrenti.
14	Una società libera dalle droghe	Vi è la necessità da parte delle amministrazioni di riconoscere formalmente e con azioni concrete i diritti delle persone di essere tutelate dai rischi e dai pericoli derivanti dall'uso di sostanze, ma anche dalla loro offerta, pubblicizzazione (diretta o indiretta che sia), e promozione (vedi in allegato <i>Carta dei Diritti della Dichiarazione Etica contro l'uso di sostanze psicoattive</i>).
15	Non	Le persone che utilizzano sostanze (sia con uso

	discriminazione		saltuario che continuativo) non devono in alcun modo essere discriminate, ma supportate attivamente in un percorso di affrancamento mediante opportune forme di assistenza ad adesione volontaria.
16	Supporto famiglia	alla	È necessario riconoscere che l'attore principale da investire e supportare con gli interventi di prevenzione, oltre ai giovani, è anche la famiglia nel suo complesso, strutturando programmi e percorsi specifici a questo livello in tutti i vari ambienti di intervento.

Le strategie preventive e le offerte differenziate

Alla luce di quanto sopra riportato e soprattutto coerentemente con il principio della differenziazione dell'offerta, risulta ovvio che le strategie di intervento non possono che essere a due livelli: da una parte la prevenzione universale volta a creare un contesto favorevole, in termini di comunicazione e modelli sociali dominanti, al non uso di sostanze (droga, alcol, doping, tabacco, etc.) come stile di vita sano, e dall'altra una prevenzione selettiva dei gruppi ad alto rischio che esprimono comportamenti di sperimentazione e ricerca tali da renderli particolarmente vulnerabili allo sviluppo di addiction. Pertanto, le strategie generali necessitano di due tipi principali di intervento:

1. Interventi di prevenzione universale che hanno come obiettivo principale quello di creare, mediante attività rivolte alla comunità (popolazione scolastica), un contesto favorevole, esplicito e molto chiaro nei confronti dell'opportunità e del valore, da un punto di vista sociale e sanitario, di non utilizzare alcun tipo di sostanze. Questi interventi di prevenzione si espletano prevalentemente mediante l'utilizzo di una comunicazione mediatica per lo sviluppo e il mantenimento di una cultura sociale antidroga permanente e promuovente stili di vita sani.
2. Interventi di prevenzione selettiva che hanno come obiettivo principale quello di andare ad identificare precocemente le persone vulnerabili ad alto rischio, nel momento in cui sperimentano

sostanze e inserirli in percorsi di supporto ed eventuale terapia, contestualmente con il loro nucleo familiare (laddove possibile).

Gli attori dell'intervento preventivo e i compiti

Se si vuole ottenere un intervento efficace è indispensabile che vi sia una “squadra” ben coordinata e coerente che compete in tutti i settori della società con un avversario che utilizza anche modalità operative fuori regola e criminali. Per poter attuare una modalità di intervento di questo tipo, quindi, è necessario adottare un modello operativo ed organizzativo che prevede, semplificando per slogan, **“ad ognuno il suo”** e **“che tutti facciano il loro dovere”**. In altre parole, gli attori sociali coinvolti a vario livello dovrebbero essere consapevoli del proprio ruolo e dei propri compiti che, all'interno della logica di attività di prevenzione nel lungo periodo, vengono descritti nella tabella successiva.

Tabella 10: Attori sociali e responsabilità negli interventi preventivi.

Attori	Principali compiti
Singolo individuo	Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti. Adottare stili di vita sani relativamente ad alimentazione ed attività fisica. Avere buone relazioni sociali. Coltivare la creatività e gli interessi personali. Avere momenti di divertimento e gratificazione. Svolgere i propri compiti.
Genitori	Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti. Informazione precoce sui rischi delle droghe e alcol. Partecipazione alla vita dei figli. Sorveglianza attiva su condizioni e stili di vita. Fornire e far rispettare regole chiare e non contraddittorie. Promuovere e sostenere attività e discipline sportive e creative gratificanti per i figli.

Gruppo dei pari di riferimento	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p> <p>Promuovere la tolleranza e il rispetto tra i membri del gruppo.</p> <p>Rispettare le diversità.</p> <p>Adottare stili di vita sani relativamente ad alimentazione ed attività fisica.</p> <p>Valorizzare le relazioni sociali.</p> <p>Non discriminare chi fa uso di sostanze ma invitarlo attivamente a smettere.</p>
Opinion leader	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p> <p>Avere un atteggiamento pubblico, esplicito, chiaro e coerente attestante che “la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza”.</p> <p>Promuovere e sostenere attività di prevenzione dell'uso di sostanze (comunicazione e intervento operativo) mediante il coinvolgimento personale.</p> <p>Promuovere e sostenere attività incentivanti la salute nei giovani, e la valorizzazione delle loro potenzialità e aspirazioni mediante il coinvolgimento personale.</p> <p>Promuovere ed esplicitare modelli di stili di vita sani.</p>
Amministratori	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p> <p>Esplicitare, mediante atti formali pubblici, un chiaro e coerente messaggio attestante che “la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco- ” e che questo principio è ciò che l'amministrazione assume come linea guida da trasmettere ai suoi referenti.</p> <p>Promuovere e sostenere attività costanti e permanenti di prevenzione dell'uso di sostanze mediante l'impegno concreto di risorse e l'attivazione di specifici programmi di intervento (ognuno nel suo settore e con rilevanza differenziata in base ai propri compiti istituzionali e scopi sociali).</p>

Forze dell'ordine	Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.
	Costante attività di prevenzione e repressione del traffico e dello spaccio secondo legge:
	<ul style="list-style-type: none"> - sul territorio - nelle scuole
	Espletare interventi strutturati per l'educazione alla legalità indirizzati ai giovani.
Scuola, insegnanti	Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.
	Sorveglianza e controllo attivo all'interno della scuola al fine di evitare l'uso e lo spaccio di sostanze.
	Esplicitare, mediante atti formali, un chiaro e coerente messaggio agli studenti e ai genitori attestante che "la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco- " e che questo principio è ciò che la scuola assume come linea guida da trasmettere ai suoi studenti.
	Fornire annualmente informazioni specifiche ed accreditate (mediante interventi di gruppo e materiali informativi) all'interno della scuola a tutti gli studenti, relativamente ai rischi e i danni derivanti dall'uso di sostanze.
	Attivare interventi specifici di educazione alla salute. Attivare una formazione specifica per genitori ed insegnanti.
	Non discriminare chi fa uso di sostanze ma invitarlo attivamente a smettere e inviarlo alle strutture sanitarie competenti. Se minorenne avvisare precocemente i genitori.

Responsabili ed addetti agli ambienti di lavoro	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p> <p>Sorveglianza e controllo attivo all'interno dell'ambiente di lavoro.</p> <p>Explicitare, mediante atti formali pubblici, un chiaro e coerente messaggio ai lavoratori attestante che "la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco- " e che questo principio è ciò che l'azienda assume come linea guida da trasmettere ai lavoratori.</p> <p>Fornire annualmente informazioni specifiche ed accreditate (mediante interventi di gruppo e materiali informativi) all'interno dell'ambiente di lavoro, relativamente ai rischi e i danni derivanti dall'uso di sostanze.</p> <p>Attivare interventi specifici di prevenzione degli incidenti lavorativi anche in relazione all'uso di sostanze. Attivare una formazione specifica per dirigenti al fine di responsabilizzarli maggiormente verso il problema.</p> <p>Attivare il medico competente ogni qualvolta vi sia un bisogno di assistenza da parte di un lavoratore. Non discriminare chi fa uso di sostanze ma invitarlo attivamente a smettere e inviarlo alle strutture sanitarie competenti.</p>
--	--

Responsabili e addetti agli ambienti di intrattenimento	Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.
	Sorveglianza e controllo attivo all'interno dell'ambiente al fine di evitare l'uso e lo spaccio di sostanze.
	<p>Explicitare, mediante atti formali pubblici, un chiaro e coerente messaggio ai frequentatori attestante che “la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco- ” e che questo principio è ciò che l'organizzazione assume come regole di condotta attesa e divieto da trasmettere ai frequentatori.</p> <p>Attivare una formazione specifica per operatori del settore al fine di responsabilizzarli maggiormente verso il problema e le forme di controllo degli ambienti.</p>
Responsabili e addetti agli ambienti sportivi	Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.
	Non proporre o far assumere sostanze agli atleti.
	Sorveglianza e controllo attivo all'interno dell'ambiente al fine di evitare l'uso e lo spaccio di sostanze.
	<p>Explicitare, mediante atti formali pubblici, un chiaro e coerente messaggio agli sportivi e ai genitori attestante che “la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco- ” e che questo principio è ciò che l'organizzazione assume come linea guida da trasmettere ai suoi aderenti.</p>
	<p>Fornire annualmente informazioni specifiche ed accreditate (mediante interventi di gruppo e materiali informativi) all'interno dell'organizzazione a tutti gli sportivi, relativamente ai rischi e i danni derivanti dall'uso di sostanze, specie il doping.</p> <p>Non discriminare chi fa uso di sostanze ma invitarlo attivamente a smettere e inviarlo alle strutture sanitarie competenti. Se minorenne avvisare precocemente i genitori.</p>

Operatori di Organizzazioni religiose	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p> <p>Sorveglianza e controllo attivo all'interno dell'ambiente al fine di evitare l'uso e lo spaccio di sostanze.</p> <p>Esplicitare, mediante atti formali pubblici, un chiaro e coerente messaggio attestante che "la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco- " e che questo principio è ciò che l'organizzazione assume come linea guida da trasmettere ai suoi aderenti.</p> <p>Fornire annualmente informazioni specifiche ed accreditate (mediante interventi di gruppo e materiali informativi) all'interno dell'organizzazione a tutti gli aderenti, relativamente ai rischi e i danni derivanti dall'uso di sostanze.</p> <p>Non discriminare chi fa uso di sostanze ma invitarlo attivamente a smettere e inviarlo alle strutture sanitarie competenti. Se minorenne avvisare precocemente i genitori.</p>
Operatori dei media	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p> <p>Esplicitare, mediante atti formali pubblici, un chiaro e coerente messaggio agli attestante che "la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco- " e che questo principio è ciò che l'organizzazione assume come linea guida da trasmettere ai suoi operatori.</p> <p>Dedicare spazi specifici periodici sul problema dell'uso delle sostanze e della necessità di assumere comportamenti responsabili e preventivi.</p> <p>Agevolare e supportare il lavoro delle istituzioni preposte sul problema sostanze d'abuso.</p>
MMG	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p> <p>Esplicitare ai pazienti un chiaro e coerente messaggio attestante che "la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco".</p>

	<p>Fornire annualmente informazioni specifiche ed accreditate (mediante materiali informativi) all'interno degli ambulatori, relativamente ai rischi e i danni derivanti dall'uso di sostanze.</p> <p>Operare un'attenta sorveglianza finalizzata alla diagnosi precoce delle situazioni a rischio.</p> <p>Offrire terapie specifiche e supporto di counseling, anche mediante la collaborazione con i centri specialistici.</p> <p>Non discriminare chi fa uso di sostanze ma invitarlo attivamente a smettere e inviarlo alle strutture sanitarie specialistiche competenti. Se minorenne avvisare precocemente i genitori.</p>
Operatori dei Servizi sanitari territoriali, Operatori in ospedale	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p> <p>Esplicitare ai loro pazienti un chiaro e coerente messaggio attestante che "la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco -".</p> <p>Fornire annualmente informazioni specifiche ed accreditate (mediante interventi di gruppo e materiali informativi) all'interno delle strutture sanitarie, relativamente ai rischi e i danni derivanti dall'uso di sostanze.</p> <p>Operare un'attenta sorveglianza finalizzata alla diagnosi precoce delle situazioni a rischio.</p> <p>Offrire terapie specifiche a chi presenta problemi correlati al consumo di sostanze.</p> <p>Non discriminare chi fa uso di sostanze ma invitarlo attivamente a smettere e inviarlo alle strutture sanitarie specialistiche competenti. Se minorenne avvisare precocemente i genitori.</p>
Volontariato	<p>Rifiutare l'assunzione di sostanze stupefacenti.</p>

Sorveglianza e controllo attivo all'interno dell'ambiente al fine di evitare l'uso e lo spaccio di sostanze.

Explicitare, mediante atti formali pubblici, un chiaro e coerente messaggio agli aderenti attestante che "la scelta migliore di vita è non usare alcun tipo di sostanza – droghe, alcol, doping, tabacco - " e che questo principio è ciò che l'organizzazione assume come linea guida da trasmettere ai suoi aderenti.

Fornire annualmente informazioni specifiche ed accreditate (mediante interventi di gruppo e materiali informativi) all'interno dell'organizzazione a tutti gli aderenti, relativamente ai rischi e i danni derivanti dall'uso di sostanze.

Non discriminare chi fa uso di sostanze ma invitarlo attivamente a smettere e inviarlo alle strutture sanitarie competenti. Se minorenne avvisare precocemente i genitori.

CONCLUSIONI

Questo articolo non può essere sicuramente considerato esaustivo di tutte le problematiche correlate agli interventi di prevenzione dell'uso di sostanze d'abuso, ma gli autori sperano di aver contribuito comunque alla ricerca di nuove forme di analisi del fenomeno e di aver posto l'attenzione su modelli che in altri paesi si sono mostrati efficaci. Come è intuibile questo modello prefigura la condivisione di alcuni principi che, a tutt'oggi, non sono condivisi e apprezzati da tutti e questo potrà sicuramente essere un problema, soprattutto nella realtà italiana dove esiste un inquinamento ideologico (difficilmente sanabile) e un atteggiamento spesso ambiguo rispetto alla problematica delle tossicodipendenze.

Da parte nostra possiamo ribadire che è necessario non demordere mai dal cercare di contrastare il fenomeno droga e che questo impegno deve riguardare e coinvolgere tutti i settori della comunità, spendendo tutte le risorse e la creatività possibili, con la speranza che qualcuno dopo di noi

sappia fare ancora meglio per assicurare un futuro veramente libero dalle droghe ai nostri figli.

BIBLIOGRAFIA

1. Bagozzi R., Fondamenti di marketing, il Mulino, Bologna, 2001.
2. Bateson J.E.G., Hoffman K.D., Gestire il marketing dei servizi, Apogeo, Milano, 2000.
3. Carù A., Marketing e progettazione di servizi, Utet, Torino, 1996.
4. Cloninger CR, Personality and psychopathology: a unified biosocial theory, New York, Oxford University Press, 1988.
5. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, volume 50, 1993.
6. Di Stefano P.M., Il marketing e la comunicazione nel terzo millennio, FrancoAngeli, Milano, 2000.
7. Dichiarazione Etica contro le droghe, Regione del Veneto, Verona, 1999.
8. Kotler P. et Al, Social Marketing. Improving the Quality of Life, USA, 2002.
9. Lazarus R.S., Emotional Adaptation, Ney Work, Oxford University Press, 1991.
10. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per i genitori, educatori e amministratori, Seconda edizione, traduzione italiana a cura dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto, 2003.
11. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Atti della IV Conferenza Nazionale sui problemi connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, Palermo, 2005.
12. Russel S.W., Marketing Management, Apogeo, Milano, 2002.
13. Serpelloni G. et Al, Qualità Management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze, La Grafica, Verona, 2002.
14. Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all'addiction, La Grafica, Verona, 2002.

15. Valdani E., Ancarani F., Strategie di Marketing del territorio. Generare valore per le imprese e i territori nell'economia della conoscenza, Egea, Milano, 2000.
16. Valdani E., Marketing. Enciclopedia dell'impresa, UTET, Torino, 1995.
17. Visciani A., Il Marketing oggi, FrancoAngeli, Milano, 2001.

ALLEGATO 1

Riportiamo qui di seguito gli otto punti della carta dei diritti per la tutela delle persone, soprattutto dei giovani, dai rischi e dai pericoli derivanti dall'uso di sostanze.

Fonte: Dichiarazione Etica contro le droghe, Regione del Veneto, Verona, 1999.

DICHIARAZIONE ETICA CONTRO L'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

Carta Dei Diritti

1. Tutti hanno diritto a godere di azioni sociali che promuovano e proteggano la salute, la famiglia, la comunità e l'ambiente di lavoro da incidenti, violenze ed altri effetti dannosi (ivi comprese le patologie diffuse) che possono derivare dal consumo di sostanze psicoattive.
2. Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione ed un'educazione valide ed imparziali sugli effetti negativi che possono derivare dall'assunzione di sostanze psicoattive.
3. Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dalla promozione dell'uso di sostanze psicoattive e dal consumo di tali sostanze, che, a volte, avvengono anche mediante l'esplicitazione della sottovalutazione dei rischi e dei danni ad essi correlati.
4. Tutti coloro che assumono sostanze psicoattive secondo modalità dannose, non terapeutiche o a rischio, nonché non familiari, hanno diritto a supporti, trattamenti e cure precoci ed accessibili

(consonando la libera scelta sul luogo e le modalità di cura), finalizzati al recupero della persona mediante la sospensione dell'uso di sostanze ed il reinserimento in una vita dignitosa ed indipendente. Tutti gli utilizzatori possiedono anche il diritto ad avere a disposizione efficaci e permanenti informazioni ed azioni tese a prevenire l'acquisizione di patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive e le conseguenti altre gravi situazioni sociali ed ambientali, quali le attività criminali e la prostituzione.

5. Tutte le persone hanno il diritto di essere salvaguardate da pressioni, dirette o indirette, individuali o sociali, volte a promuovere l'uso di sostanze psicoattive. Inoltre, costituisce loro diritto essere sostenute nel comportamento di sobrietà e di non consumo.
6. Tutte le persone hanno il diritto di poter esprimere, valorizzare e conservare le loro potenzialità intellettuali, professionali ed umane in un contesto di libertà e di indipendenza dagli effetti derivanti dall'uso non terapeutico di sostanze psicoattive.
7. Tutte le persone hanno diritto che le scelte e le attività istituzionali finalizzate al contrasto del mercato illegale di sostanze psicoattive non utilizzino strategie che espongano a rischi la loro salute.
8. Tutte le persone hanno diritto di autodeterminare i propri comportamenti e stili di vita in un contesto di dignità e di reciproco e vincolante rispetto degli altrui diritti e delle altrui libertà.

THE PARTNERSHIP FOR A DRUG-FREE AMERICA (PDFA)

Presentazione

L'Associazione per un'America libera dalle Droghe (PDFA) è una coalizione, senza scopo di lucro, di professionisti nel campo della comunicazione, della salute, della medicina e dell'educazione che lavorano al fine di ridurre il consumo di sostanze illecite e di aiutare la gente a condurre una vita sana e libera dalle droghe. L'associazione diffonde campagne educative, basate scientificamente, attraverso tutti i mezzi di comunicazione, compresi la TV,

la radio, messaggi pubblicitari, stampa ed Internet. Il PDFA può contare sulla collaborazione delle migliori agenzie di comunicazione e pubblicitarie statunitensi, che hanno messo a disposizione gratuitamente spazi pubblicitari per generare la più grande campagna di servizio pubblico nella storia della nazione.

Le iniziative si basano sulla convinzione che le strategie di marketing e le tecniche di comunicazione professionali applicate a programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive, possano contribuire al cambiamento effettivo degli atteggiamenti sociali ed individuali relativi ai comportamenti d'uso delle sostanze.

Il lavoro creativo ed i risultati che l'associazione ha prodotto non sono passati inosservati, l'associazione ha vinto "virtualmente" ogni premio dell'industria di pubblicità, perfino il riconoscimento più ambito "Grand Effie" per efficacia di vendita e di creatività. In più, il sito Web dell'associazione, che guida le persone con problemi di alcool o droga per cercare aiuto, ha ottenuto il premio "Webby Award honoree" 2006 (in <http://www.drugfree.org/Portal/>, 23/01/2007).

Qui di seguito presentiamo un'interessante esperienza condotta dal PDFA per realizzare una campagna di comunicazione multi-tematica rivolta a diversi target. Come abbiamo più volte ripetuto nell'articolo, prima di progettare un intervento di prevenzione è necessario condurre un'analisi preliminare della popolazione di riferimento, al fine di dividerla in segmenti, ossia raggruppamenti omogenei di bisogni e ottenere il profilo comportamentale dei diversi target destinatari.

L'elemento innovativo di questa campagna è rappresentato proprio dallo studio condotto sulla segmentazione del mercato dei consumatori di sostanze e sulla comprensione dei più importanti aspetti sociali ed emotivi sottostanti gli atteggiamenti connessi alla droga e al suo uso.

Fonte: Bagozzi R.P., Fondamenti di Marketing, il Mulino, Bologna, 2001, capitolo 4, pag. 117-119.

“L’«Associazione per un’America senza Droga» (PDFA) fu costituita nel 1986 con i fondi raccolti dall’American of Advertising Agencies (l’associazione delle agenzie pubblicitarie statunitensi) in un momento in cui gli Stati Uniti l’uso di sostanze stupefacenti era strettamente diffuso, così come era elevato l’interesse sviluppatosi attorno a tale problema. Attraverso sforzi volontari di singoli individui, agenzie di pubblicità, imprese di pubbliche relazioni, gruppi di media e società di produzione, la PDFA, una coalizione allargata di imprenditori, ha sviluppato con successo una delle più grandi campagne di servizio pubblico della storia nel tentativo di ridurre la domanda di droga. L’iniziativa si basava sul convincimento che un programma di marketing sociale fondato su tecniche di comunicazione professionali, mirato al cambiamento degli atteggiamenti sociali ed individuali relativi ai rischi degli stupefacenti, avrebbero portato a cambiamenti duraturi nel comportamento di consumo di droga.

La PDFA dovette affrontare una duplice sfida in termini di marketing. In primo luogo, gli unici dati disponibili sul fenomeno provenivano da studi condotti da enti pubblici sull’uso della droga: non esisteva, in altre parole, il tipo di dati necessari per condurre un’efficace campagna di marketing. Tom Hedrick, si accorse con stupore che era più facile ottenere informazioni sulla gomma da masticare Wrigley’s in un giorno che sul problema droga in un intero anno.

In secondo luogo, l’associazione doveva decider tra una campagna a tema focalizzato, come nel caso dello slogan antidroga utilizzato durante l’amministrazione Reagan «Di’ sempre no», e una campagna multitematica. Identificare uno slogan abbastanza versatile nell’ambito di una campagna monotematica, adattandolo a tutti i mercati di riferimento (per esempio, bambini: dite no a che vi vende droga; genitori: aiutate i vostri bambini a dire no, e così via), sarebbe stato complicato; tuttavia, si sarebbe rivelato più semplice da spiegare ai volontari e di più facile implementazione, e avrebbe presentato, potenzialmente, il vantaggio di un maggiore impatto. D’altro canto, una campagna multitematica avrebbe lasciato spazio ad una maggiore libertà creativa, favorendo la messa a punto di un messaggio su misura rispetto agli interessi di ciascun target, e conseguendo un miglior adattamento alle caratteristiche di ciascun media la decisione sarebbe stata presa sulla base dei risultati delle ricerche e, in particolare, sulla base del numero di segmenti di mercato che la PDFA avrebbe assunto come obiettivo.

Dopo aver esaminato tutti i dati secondari disponibili, la PDFA condusse più di 400 ore di focus groups (coinvolgendo ex tossicodipendenti che operavano come informatori, tossicodipendenti, spacciatori, bambini ed esperti) per meglio comprendere cosa le persone effettivamente provassero nei confronti della droga. Questa ricerca qualitativa venne poi affiancata da un'indagine condotta con la frequenza annuale sugli atteggiamenti connessi all'uso di droga (Partnership Attitude Tracking Survey, PATS), progettata con l'assistenza gratuita della società di ricerche Gordon S. Black Corporation. Gestita a livello nazionale attraverso organizzazioni di volontari, la ricerca aveva l'obiettivo dichiarato di ricavare (su base periodica e tramite un campione rappresentativo) informazioni sull'uso di sostanze stupefacenti nel corso dei 12 mesi precedenti l'intervista e sul probabile uso nei successivi 12, e anche risposte a quesiti relativi ad atteggiamenti, opinioni, rischi percepiti, benefici e motivi alla base del mancato uso di droga. Ricerche qualitative supplementari, condotte in tutti i contesti in cui la droga veniva scambiata e utilizzata, o dove venivano tenuti seminari informativi sulle conseguenze dell'uso di droga, integrarono in un secondo momento la ricerca della società Black allo scopo di ottenere una precisa comprensione dei più importanti aspetti sociali ed emotivi sottostanti gli atteggiamenti connessi alla droga e al suo uso.

La PDFA decise che una strategia di comunicazione differenziata sarebbe risultata più appropriata, essendosi rilevata l'esigenza di "diversi gruppi di persone che fanno uso di droga per diversi insiemi di ragioni e sulla base di diversi insiemi di atteggiamenti": Il mercato della droga fu così segmentato in base al grado di utilizzo in tossicodipendenti, forti utilizzatori, utilizzatori occasionali e non utilizzatori. Le ricerche suggerirono un'ulteriore segmentazione del mercato aggregato in target primari e persone in grado di esercitare un ruolo di influenza. Il target primario venne successivamente segmentato, in base all'età, tra preadolescenti, fascia dai 12 ai 17 anni, dai 18 ai 25 anni e dai 26 ai 34 anni. Gli influenzatori furono invece segmentati in base al grado di influenza in genitori, gruppi di pari, top manager e professionisti della salute. Altri criteri di segmentazione comprendevano poi il sesso e il tipo di droga utilizzato (marijuana, cocaina, crack).

Lo schema di segmentazione utilizzato dalla PDFA era in costante evoluzione. Diverse ricerche sui consumatori, effettuate ad ondate successive, suggerirono la presenza di segmenti più ristretti, definiti in base all'età, alla razza e all'area geografica di appartenenza. Perciò la PDFA identificò alcune città come obiettivi critici e le raggiunse con una specifica campagna nel 1992. Questa campagna fu diretta non solo ai gruppi primari, ma anche agli influenzatori. Per esempio, un segmento di influenzatori – i genitori – venne ulteriormente diviso in genitori di bambini di 6-8 anni, genitori di

preadolescenti, genitori di adolescenti, e questo perché ogni gruppo affrontava problemi diversi, ognuno dei quali richiedeva un messaggio pubblicitario ed un mezzo specifici.

Coerentemente con l'obiettivo di ottenere il massimo impatto attraverso i mass media, la PDFA decise di puntare sulla prevenzione piuttosto che sull'intervento: venne quindi deciso di escludere tossicodipendenti e forti utilizzatori dagli obiettivi della campagna. Allo stesso modo, coerentemente con l'obiettivo assunto, i segmenti più giovani vennero considerati target prioritari.

I risultati: in meno di un anno, la PDFA aveva prodotto 30 messaggi televisivi, 64 per la stampa e 14 per le radio, orientati ai diversi segmenti. Tre network televisivi – ABC, CBS e NBC – 13 emittenti via cavo, 13 emittenti radio e vari mezzi di stampa avevano offerto i propri spazi. La popolarità della campagna fruttò alla PDFA il 18° posto tra i 25 spot televisivi più celebri del 1987. Alla data del 1992, la PDFA aveva ottenuto l'equivalente di 1,5 miliardi di dollari in spazi pubblicitari offerti da agenzie media, circa 360 milioni di dollari l'anno, e il corrispondente di oltre 50 milioni di dollari di produzione creativa. Come marchio, la PDFA godeva di un sostegno pubblicitario pari a 5 volte quello della Coca-Cola, ed era seconda solo a McDonald's”.

CAMPAGNA PER RIDURRE LE NUOVE TENDENZE DI ABUSO DI SOSTANZE 2006

A scopo esemplificativo riportiamo una delle ultime campagne realizzate dal PDFA rivolta ai giovani, per contrastare le nuove tendenze di uso di sostanze psicoattive in America ([http://www.drugfree.org/Portal/DrugIssue/Research/Teens_2005/Campaign to Reduce the New Substance Abuse](http://www.drugfree.org/Portal/DrugIssue/Research/Teens_2005/Campaign_to_Reduce_the_New_Substance_Abuse), 15/05/2006)

Definizione del problema

Le maggiori ricerche sul consumo di sostanze tra i giovani evidenziano tendenze allarmanti secondo cui i giovani sono “pharming” – ossia abusano intenzionalmente di prodotti chimici e medicine. Dai rapporti del “Partnership Attitude Tracking Study” emerge quanto segue:

- Quasi un adolescente su cinque (più di quattro milioni) ha abusato intenzionalmente di farmaci antidolorifici;
- Uno su dieci (più di due milioni) ha abusato di farmaci stimolanti;

- Uno su dieci ha abusato di medicine per curare la tosse (prodotto parafarmaceutico) contenenti il principio farmacologico dextromethorphan (DXM);
- un adolescente su quattro ha un amico che abusa di medicine;
- ad un adolescente su tre è stato offerto un medicinale parafarmaceutico a scopo di abuso, suggerendo che l'abuso di questi farmaci ha ormai penetrato la cultura dei giovani e sono stati "normalizzati;"
- L'abuso di medicinali da parte degli adolescenti ha proporzioni maggiori rispetto all'abuso, complessivamente inteso, di ecstasy, metamphetamine, crack/cocaina e di eroina.

L'educazione riduce l'abuso

I programmi efficaci per la riduzione dell'abuso di sostanze - come quelli che hanno ridotto l'uso di cocaina, ecstasy e sigarette negli adolescenti- si sono concentrati sul cambiamento degli atteggiamenti per ridurre la richiesta.

Particolarmente importanti sono stati gli sforzi per favorire una maggiore partecipazione dei genitori ed altri membri influenti della famiglia per influenzare le decisioni dei figli sull'uso di droghe. Le ricerche dell'associazione hanno indicato che i giovani che sono stati informati sui rischi di abuso dai loro genitori, hanno un 50 per cento di probabilità in meno di usare droghe rispetto a coloro che non hanno ricevuto informazioni. Purtroppo, la maggior parte dei genitori sono ignari o negano la possibilità che i loro figli sono vulnerabili ed esposti al rischio di un abuso intenzionale di prodotti farmaceutici da banco.

Prodotti realizzati

- messaggi televisivi differenziati a seconda del target cui si rivolgono:
 - giovani, "*La ladra*": una ragazza ruba una confezione di farmaci dall'armadietto dei medicinali di casa;
 - genitori, "*La città di Pharm*": ricorda ai genitori che in ogni casa americana sono disponibili farmaci, facilmente accessibili;

- comunità, "L'etichetta di Rx": caratterizza una bottiglia di un farmaco, evidenziando il rischio di abuso intenzionale.
- messaggi radiofonici rivolti ai genitori, "Guess What": annunci pubblicitari che dicono ai genitori di non preoccuparsi che i loro figli stiano usando droghe come la marijuana o la cocaina - stanno usando quello che trovano nell'armadietto delle medicine.
- messaggi destinati alla stampa rivolti ai:
 - genitori, "Il carrello della spesa": mostra un carrello della spesa ed un avvertimento: "Non lasciate i vostri figli soli nella corsia dei prodotti parafarmaceutici";
 - comunità, "L'armadietto delle medicine": mostra come le prescrizioni mediche rappresentano delle cure per alcuni, ma anche delle sostanze d'abuso per altri;
- siti Web dedicati ai:
 - genitori (<http://www.drugfree.org/Parent/>), fornisce risposte alle domande più frequenti, la traduzione dei termini slang, opuscoli informativi scaricabili in lingua inglese e spagnola;
 - giovani (www.dxmstories.com), fornisce informazioni sugli effetti e i rischi dell'uso di sostanze, numeri telefonici e riferimenti delle associazioni d'aiuto e dei centri di trattamento;

La valutazione

La valutazione della campagna prevede studi su un arco di tempo di tre/cinque anni, volti a misurare la consapevolezza dei genitori sul problema, i livelli di comunicazione tra genitore/figlio riguardo all'uso di sostanze, gli atteggiamenti degli adolescenti nei confronti dell'abuso di medicinali e le frequenze d'uso delle varie sostanze. Tale indagine prenderà come riferimento gli studi condotti dall'Associazione, il monitoraggio per gli studi futuri affidato all'Istituto di Ricerca Sociale dell'Università del Michigan, l'Indagine nazionale sulla salute e sull'uso delle sostanze condotta dal Dipartimento della Salute e Servizi Sociali degli USA

Fonti:

PDFA, 20 Years of Partnering with Families, in www.drugfree.org/Portal, 2007.

PDFA, Latest Teens Drug Trends, Pat Survey, in www.drugfree.org/Portal/DrugIssue/Research/Teens, 2006.

6

Advertising e sponsorizzazione

6.1 DROGARE IL CONSUMO DI DROGA

ANDREA NATELLA

guerrillamarketing.it

Esistono categorie merceologiche “innominabili” nell’ambito degli studi di marketing e che però rappresentano una sorta di *benchmark* di riferimento relativamente all’efficacia in termini di comunicazione. Si tratta di gruppi di prodotti che raramente trovano spazio nei manuali di advertising o di marketing a causa della loro intrinseca scomodità. È infatti assai fastidioso che prodotti come la pornografia, il gioco d’azzardo o le sostanze psicotrope, possano rappresentare i livelli di eccellenza nelle funzionalità espresse dalle moderne economie capitaliste.

Eppure sono proprio le meccaniche di mercato espresse da questa tipologia di prodotti quelle verso cui tendono le *brand strategies* delle maggiori aziende del pianeta. Pensiamo soprattutto alle strategie di fidelizzazione ma non soltanto a quelle. È interessante sottolineare che mentre l’opinione pubblica e tanti operatori sociali si impegnano in campagne contro tutte le forme di dipendenza, tutte le imprese affinano i propri programmi con l’obiettivo di rendere il più duraturo possibile il legame tra il consumatore e il prodotto.

Il risultato diventa paradossale in quelle attività imprenditoriali ancora interne alla legalità dove è possibile vedere affiancati programmi di “prevenzione della dipendenza dal gioco d’azzardo” e incentivi finalizzati alla reiterazione dei comportamenti attraverso analoghi programmi di *customer relationship marketing* che premiano la fedeltà del cliente con buoni e coupon, eventualmente da distribuire “agli amici”.

Di ciò non c’è troppo da stupirsi. La “fidelizzazione”, intesa come insieme di tecniche che mirano a instaurare una relazione duratura con il consumatore, è uno degli obiettivi primari di qualsiasi impresa. Si tratta di un obiettivo strategico che, sebbene sia stato tematizzato in modo specifico

solo in tempi abbastanza recenti, rappresenta un vero e proprio paradigma delle moderne società capitaliste. Per questa ragione qualsiasi campagna di intervento sulle *addiction* è destinata innanzitutto a scontrarsi con l'intoccabilità di questo paradigma culturale prima che contro le problematiche psicologiche individuali dovute alla dipendenza.

Nel contesto descritto si può ragionevolmente ipotizzare che la sottrazione di una merce alla circolazione legalizzata, e quindi al paradigma culturale evidenziato, possa costituire l'unica possibile soluzione a questa contraddizione culturale. Eppure, almeno nel caso delle sostanze stupefacenti, questa soluzione non sembra aver portato ai risultati desiderati. A dispetto di ogni politica di sottrazione al mercato, il consumo e la dipendenza da sostanze stupefacenti continua a crescere linearmente, soprattutto tra i consumatori più giovani.

È possibile obiettare che il successo di queste sostanze, e la loro immunità alle politiche di sottrazione al mercato, sia direttamente legata alle caratteristiche intrinseche di tali merci. Sarebbero cioè le caratteristiche farmacologiche delle “droghe” quelle che, indipendentemente dalla specificità di ogni singola sostanza, riescono a produrre nel consumatore una forte propensione alla dipendenza.

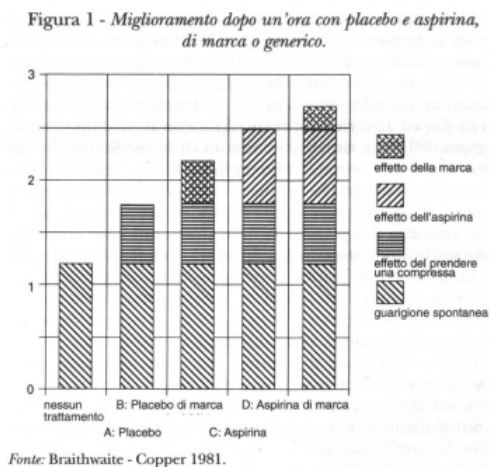
Si tratta di una semplificazione che trova una puntuale specularità in quella pubblicistica “anti-consumista” che vede iscritti in ogni forma di consumo quegli stessi caratteri della dipendenza fisiologica indotta da tante droghe “pesanti”. Crediamo che questa coppia di interpretazioni sia figlia di un'analisi superficiale della relazione che lega l'essere umano alle merci contemporanee e che solo partendo da una corretta prospettiva sia possibile immaginare più adeguate strategie di intervento.

Si è spesso utilizzata la metafora della rivoluzione copernicana per descrivere l'inversione della relazione che lega il prodotto e la marca. Esperti, ricercatori e uomini di marketing concordano sulla centralità che la marca riveste nella costruzione e definizione del prodotto. Sinteticamente: oggi la marca è un sistema simbolico in grado di conferire forma e senso all'esperienza di consumo. I prodotti godono dei valori espressi dalla marca e permettono ai consumatori di estroflettere la propria personalità attraverso la contiguità con le merci di cui si circondano.

A questa estroflessione narcisistica non poteva però che corrispondere una simmetrica introflessione del marca nel corpo del consumatore.

In una ricerca del 1981^a sugli effetti analgesici dell'Aspirina, oltre 800 volontari, sono stati divisi in quattro gruppi e informati che una nota casa farmaceutica intendeva confrontare l'efficacia di quattro diversi prodotti contro il mal di testa. Ciascun volontario è stato quindi fornito di una diversa confezione di farmaci e invitato a prendere due pasticche ogni volta che si presentavano i sintomi del mal di testa. Dopo un'ora i partecipanti dovevano rispondere a un breve questionario sull'efficacia del farmaco.

Ai quattro gruppi venne data una confezione diversa: il primo ricevette delle compresse di placebo senza alcun principio attivo, dentro una confezione generica, senza marca; al secondo gruppo vennero invece date delle vere pasticche di aspirina dentro lo stesso tipo di confezione; il terzo gruppo ricevette del placebo ma all'interno di una confezione di una nota marca; il quarto gruppo infine, ebbe la stessa confezione di marca ma con delle vere pasticche di aspirina, le stesse pasticche ricevute dal secondo gruppo.



^a Braithwaite A., Cooper P., *Analgesic Effects of Branding in Treatment of Headaches*, "British Medical Journal" CCLXXXIII (1981), 6276, pp.1576-1578 cit. in Daniel E. Moereman, *Placebo. Medicina, biologia, significato*, Vita e Pensiero, 2004.

Il risultati di questa ricerca sono particolarmente interessanti. Ovviamente i gruppi che hanno effettivamente preso dell'aspirina hanno riscontrato il maggiore beneficio analgesico ma il risultato più significativo è un altro. Non solo il gruppo che ha ingerito il placebo di marca ha ottenuto effetti migliori del gruppo che ha preso il placebo da una confezione generica, ma anche tra i due gruppi che hanno effettivamente preso aspirina, il gruppo che ha preso quella di marca ha ottenuto effetti migliori. Inaspettatamente il placebo di marca ha quasi lo stesso effetto di un'aspirina non di marca.

In poche parole nell'assunzione di un farmaco c'è un principio attivo legato alla marca. La marca produce degli effetti paragonabili alla composizione farmacologia del prodotto. Questo risultato potrebbe essere interpretato in termini di semplice autosuggestione se una ricerca più recente non ci fornisse una differente spiegazione.

Uno degli esperimenti più classici sugli effetti della marca è il *blind test* tra CocaCola e Pepsi. La maggior parte degli affezionati a una marca o l'altra, raramente riesce realmente a distinguere al palato l'una dall'altra. Nei test "ciechi" effettuati negli Stati Uniti sul gusto delle due bevande le preferenze dei consumatori si bilanciano, a meno che il consumatore non abbia modo di vedere la marca della bibita che sta bevendo (in questo caso, conformemente ai comportamenti d'acquisto, la maggioranza delle preferenze dei consumatori finisce per preferire la CocaCola).

Recentemente alcuni scienziati americani hanno voluto verificare se, al di là di quello che i consumatori possono dire, le loro diverse preferenze hanno qualche riscontro a livello di risposta del sistema nervoso centrale^b.

Per fare questo hanno sottoposto alcuni volontari a un complesso esperimento in cui le preferenze espresse venivano immediatamente verificate sul cervello con un particolare apparecchio a risonanza magnetica. I risultati hanno dimostrato che la diffusa preferenza per la CocaCola trova un riscontro oggettivo, a livello di attività funzionale nelle aree dell'ippocampo e della corteccia prefrontale dorsolaterale, ogni volta che il consumo della bibita è evidente al consumatore. In sostanza il giudizio palese espresso dai consumatori nei confronti di CocaCola, non deriva da una suggestione soggettiva estemporanea ma è solidamente radicato all'interno del corpo umano.

^b Samuel M. McClure et altri, *Neural Correlates of Behavioral Preference for Culturally Familiar Drinks*, "Neuron" Vol. 44 (2004), pp. 379–387.

In sintesi il prodotto diventa il veicolo “fisiologico” del discorso della marca, il cui linguaggio si iscrive immediatamente nel corpo del consumatore. La marca diventa un “brainframe”^c ridefinendo il modo in cui percepiamo il mondo e organizziamo i nostri pensieri.

Si tratta di un processo antropologico che è inedito solamente in virtù del fatto che la marca è un elemento culturale programmaticamente privato, sottratto e reso alieno alla sfera pubblica in virtù di interessi puramente economici. È questa è la ragione per cui le due ricerche di cui sopra finiscono per turbare.

Ma possiamo considerare l'intrusione delle sostanze psicotrope nel corpo dei consumatori come l'incarnarsi di un linguaggio? O più in generale possiamo considerarle complessivamente come una marca?

Secondo Andrea Semprini *“assistiamo ad una appropriazione sempre più frequente delle logiche e dei meccanismi di funzionamento della marca da parte di territori che non derivano, in linea di massima, dal registro economico”*^d. La marca è divenuta una forma generale, *“un dispositivo che assicura la messa in forma del senso”*^e e che può essere reso funzionale a logiche che non le erano originariamente proprie.

Sempre Semprini afferma che le caratteristiche della “forma-marca” sono la capacità di costruire dei sistemi simbolici, un sistema di relazioni condivise tra una molteplicità di destinatari, e la capacità di generare un principio di legittimità autonomo.

Ci sembra che le sostanze psicotrope prese nel loro complesso, ma a maggior ragione se considerate nelle loro specificità, prestando attenzione alle diverse modalità di utilizzo e ai diversi contesti di consumo, siano assolutamente leggibili nei termini di una forma-marca.

^c Derrick de Kerckhove, *Brainframes, Technology, Mind and Business*, Bosch & Keuning, 1991

^d Andrea Semprini, *La Marca. Dal prodotto al mercato, dal mercato alla società*, Lupetti 1996, pp. 189-199

^e *ibidem*

Quella che viene chiamata “cultura della droga” – e che ha le sue ascendenze nella cultura hippie degli anni 60 – ha oggi assunto tutti i connotati di una comunità di consumatori su cui gli imprenditori della droga si limitano alla distribuzione intervenendo sull’immagine del prodotto con limitate strategie di *co-created marketing*^f. Lasciando cioè che siano i consumatori stessi a produrre e sviluppare i valori della marca limitandosi poi a “dirottare” quei valori all’interno di un preciso quadro di consumo. Non importa che questo processo sia effettivamente governato in maniera scientifica, così come avviene nelle aziende più importanti. Quello che ci interessa, in questa sede, è la possibilità di analizzare questa problematica a partire dal punto di osservazione del marketing per individuare modalità di intervento. In questo senso, l’effettiva debolezza delle istanze di governo manageriale delle strategie di marketing co-creato rappresenta un’occasione da sfruttare.

Uno dei rischi del marketing co-creato è la sua suscettibilità a dirottamenti di senso, operati dagli stessi consumatori, che possono avere esiti controproducenti per le aziende. Mentre casi come *DocMartens* o *RedBull* vengono regolarmente citati come esempi di successo di strategie vincenti nel coinvolgimento dei consumatori nella ricerca e sviluppo dei valori del marchio, altri *case studies* indicano strade per possibili interventi di *counter-marketing*.

Un esempio sono le vicissitudini occorse a Lonsdale (noto marchio di abbigliamento giovanile) nel nord Europa. Lonsdale ha dovuto fronteggiare un vero e proprio dirottamento di senso operato dai suoi stessi consumatori. Il marchio, infatti, è finito per essere associato in maniera diretta alle sottoculture “nazi-skin” al punto che quest’ultima veniva etichettata dai media come “gioventù Lonsdale”.

Avvenimenti di questo tipo sono sempre frutto dell’articolazione delle relazioni interne a una cultura di consumo ma anche delle rappresentazioni che tale cultura dà di se stessa e attraverso cui si riconosce.

Immaginare strategie di “dirottamento” del consumo di sostanze psicotrope significa quindi: assumere una prospettiva di intrusione all’interno di una cultura che ha assunto le caratteristiche più avanzate della

^f Alex Wipperfurth, *Brand Hijack. Marketing without marketing*, Portfolio 2005

forma-marca. Una cultura immune a tradizionali campagne di *advertising*, perché fondata su un principio di legittimazione tutto interno a se stessa.

Per questa ragione il marketing di guerriglia, inteso come insieme di tecniche di comunicazione non convenzionale, giocate sulla simulazione e sulla falsificazione può rappresentare una valida strategia alternativa di azione.

Diffusione di leggende urbane, creazione di falsi mercati, ideazione di modalità di consumo improbabili e controproducenti, comunicazione dell'esistenza di droghe inventate con effetti fantascientifici, sono solo alcune ipotesi di lavoro che possono interferire con un modello di fidelizzazione del consumo basato sulla certezza degli effetti della sostanza e della sua presenza sul mercato.

Qualsiasi ipotesi di intervento dovrebbe però essere pianificata assumendo la necessità di strategie di enunciazione che non soltanto rinuncino al registro pedagogico, ma che siano in grado di rifiutare qualsiasi forma di enunciazione esterna alla cultura di consumo.

Come dire: l'assunzione di droghe è l'unico modo per poterne drogare (o dirottare) il consumo.

BIBLIOGRAFIA

1. Braithwaite A., Cooper P., *Analgesic Effects of Branding in Treatment of Headaches*, "British Medical Journal" CCLXXXIII (1981), 6276, pp.1576-1578 cit. in Daniel E. Moereman, *Placebo. Medicina, biologia, significato*, Vita e Pensiero, 2004.
2. Samuel M. McClure et altri, *Neural Correlates of Behavioral Preference for Culturally Familiar Drinks*, "Neuron" Vol. 44 (2004), pp. 379 –387.
3. Andrea Semprini, *La Marca. Dal prodotto al mercato, dal mercato alla società*, Lupetti 1996, pp. 189-199
4. *Ibidem*
5. Alex Wipperfurth, "Brand Hijack. Marketing without marketing".

6.2 DALLA SPONSORIZZAZIONE ALLA PARTNERSHIP; QUANDO PROFIT E NON PROFIT CONDIVIDONO OBIETTIVI E STRATEGIE DI LUNGO PERIODO

MARCO MOZZONI

Consulente Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona

*Influencing lifestyle can do more to increase
the health of the population and lower the cost of
health care than can treatment of illness...*

Michael L. Rothschild

In questo lavoro viene analizzata la formula della sponsorizzazione nell'ambito della prevenzione del consumo e della dipendenza da sostanze con riferimento alle nuove esperienze e metodologie di matrice anglosassone orientate allo sviluppo di partnership di lungo periodo fra aziende commerciali e soggetti non profit. Verrà illustrato il processo di negoziazione che porta alla definizione di progetti di utilità sociale capaci di generare benefici a valore aggiunto per entrambi i partner: in particolare verrà mostrato quanto la sponsorship possa tradursi in ulteriore opportunità di business (ma non solo) per l'impresa oltreché costituire uno strumento di canalizzazione di risorse (non soltanto economiche, ma anche in termini di beni e servizi resi disponibili) all'ente promotore. Infine, nel contesto della corporate social responsibility (CSR) e del corporate community involvement (CCI), verranno analizzati il concetto di *corporate engagement*, processo circolare virtuoso di coinvolgimento del partner fino all'*advocacy* (supporto attivo e promozione della "causa" verso altre imprese, previa sensibilizzazione, interesse, impegno, azione, soddisfazione dello stesso), e il

framework LBG per la misurazione e la valutazione sistematica di investimenti e risultati CCI che si sta attualmente diffondendo da Londra in tutto il mondo nella forma di “network globale di centri d'eccellenza locali”. Uno spaccato sulle tendenze italiane chiude il lavoro.

* * *

Si è celebrato lo scorso anno in Gran Bretagna il 25° anniversario di costituzione di *Business in the Community* (www.bitc.org.uk), associazione finalizzata ad attivare progetti tesi al miglioramento dell'impatto positivo delle imprese sulla società (positive impact on society). Presieduta nientemeno che dal Principe di Galles, *Business in the Community* conta oggi l'adesione fattiva di oltre 700 fra le più importanti aziende del Paese (BITC 2006).

Attualmente circa il 70% delle maggiori imprese in Gran Bretagna pubblica un rapporto annuale relativo alla propria responsabilità sociale (DTI 2001): questo allo scopo di attrarre investimenti, ma anche per fidelizzare i clienti, le cui decisioni d'acquisto verrebbero regolarmente influenzate dal fattore responsabilità sociale nel 66% dei casi, secondo uno studio dell'Henley Centre (Henley Centre 2000) confermato da analoghi risultati a cui perviene il recente rapporto Ipsos Mori *The Public's Views of Corporate Responsibility* (Ipsos Mori 2005).

Da un'indagine del *Financial Times* condotta attraverso interviste ai CEO di 750 società europee focalizzate sugli obiettivi aziendali strategici ritenuti più importanti al volgere di millennio, la responsabilità sociale di impresa (corporate social responsibility o CSR) è risultata seconda soltanto al reclutamento di personale qualificato (FT 2000). D'altro canto sembra che tutti o quasi gli MBA usciti dalle migliori scuole di business (il 97% per la precisione) accetterebbero stipendi più bassi fino al 14% pur di lavorare in imprese con maggiore reputazione etica e fortemente orientate alla CSR, secondo quanto riporta *Business Respect* (Business Respect 2004).

Questa attenzione alla responsabilità sociale sembra caratterizzare non solo grossi gruppi e multinazionali: una ricerca di Mori sulle piccole e medie imprese (PMI) ha infatti rivelato che ben l'84% delle PMI risulta concorde

nel ritenere che la responsabilità sociale diventerà sempre più importante per il business degli anni a venire (Mori 2000).

In Gran Bretagna il *Minister for Corporate and Social Responsibility* ha il compito di promuovere il ruolo delle imprese quale parte sociale attiva all'interno delle comunità in cui esse operano; il ministero britannico ha recentemente attivato il portale *Society & Business* (www.societyandbusiness.gov.uk), dedicato specificamente alla CSR.

Già negli anni '80 Ducker affermava che “il concetto di responsabilità sociale implica che l'impresa si assuma una responsabilità nei problemi e nelle istanze sociali, negli obiettivi sociali e politici, diventando in qualche modo depositaria della coscienza dei cittadini e dando il proprio contributo alla risoluzione dei problemi della società” (Ducker 1984).

Oggi, secondo il britannico *Drug Addiction Team* (DAT), numerose ricerche mostrano che, per una serie di ragioni, le imprese attivamente coinvolte in una “good corporate citizenship” conseguono anche maggiori risultati in termini finanziari, al punto da far considerare al senior management la responsabilità sociale quale vero e proprio core business dell'azienda (DAT 2006).

In altre parole, le imprese non potranno più a lungo tenere separato il fattore sociale dagli aspetti tradizionalmente presi in considerazione nel perseguimento del business: in questa direzione, gli stessi clienti acquisiscono sempre maggiore consapevolezza e le aziende si trovano di conseguenza necessitate a mostrarsi socialmente orientate, integrando le attività profit con una serie di attività utili per la collettività, tanto meglio se congruenti con i propri obiettivi di business.

A questo punto sembrano convergere gli interessi del settore profit e quelli del not-for-profit.

L'impegno sociale delle imprese nasce dall'esigenza di ottenere non soltanto l'immediata soddisfazione dei clienti ma il loro benessere di lungo periodo, attraverso un miglioramento dello standard e della qualità della vita di tutti i cosiddetti stakeholders, cioè di clienti ma non solo, considerati fra

gli stakeholders anche i dipendenti ad esempio e i numerosi altri “portatori di interessi” che compongono la matrice sociale (Melandri et al. 2000).

La sponsorizzazione sociale è un processo di comunicazione attraverso il quale un'impresa, perseguendo comunque obiettivi di natura commerciale, decide di abbinare la propria immagine a quella di un'organizzazione non profit o a un progetto di utilità sociale per accrescere il proprio livello di visibilità e di buona immagine sul medio periodo.

I vantaggi derivanti dalla sponsorizzazione non attengono esclusivamente a notorietà e immagine, bensì possono produrre un miglioramento sostanziale nelle relazioni con i vari pubblici di riferimento e consolidare la fiducia verso l'azienda da parte dell'intera comunità.

Per l'organizzazione non profit la possibilità di disporre di mezzi economici attraverso i quali realizzare i propri scopi sociali determina il grado di raggiungimento della propria missione, la propria crescita organizzativa e il proprio consolidamento nel settore. In altri termini, per l'organizzazione non profit la sponsorizzazione è un efficace strumento di fund raising.

Dunque, per riassumere, la sponsorizzazione sociale è:

- per l'impresa o il soggetto profit: uno strumento di comunicazione finalizzato al miglioramento della reputazione, del consenso, della fiducia e della competitività, cioè – non dimentichiamolo mai – una opportunità di business;
- per l'organizzazione non profit: uno strumento di canalizzazione verso di sé di risorse, non solo economiche, come vedremo.

Quando parliamo di risorse non dobbiamo intendere soltanto risorse economiche, perché le aziende potrebbero mettere a disposizione (e forse più volentieri) anche beni e servizi da destinarsi alla realizzazione dei progetti. Alcuni recenti progetti promossi dal Drug Addiction Team hanno infatti beneficiato, ad esempio, di forniture di telefoni cellulari regalati ai genitori dalla compagnia telefonica Orange, di forniture di computer da parte di British Aerospace, della disponibilità gratuita di aree industriali dismesse da parte di East Yorkshire Motor Services per la realizzazione di

progetti di reinserimento lavorativo di ex tossicodipendenti, ma anche di consulenze professionali nel campo delle relazioni pubbliche e nel marketing offerte da importanti società, oppure di rinomate location ove sono stati ospitati convegni sulla prevenzione delle dipendenze, oppure ancora di canali distributivi resi disponibili per la diffusione di materiali informativi da parte di catene quali Boots Pharmacists, o di personale di un'agenzia governativa dedicato per alcuni mesi alla stesura di documenti legislativi e all'organizzazione di workshop sulla prevenzione delle dipendenze negli ambienti lavorativi. Insomma, le risorse che possono essere prese in considerazione in una sponsorizzazione possono essere le più disparate: beni, servizi, tempo, consulenza, assistenza, materiali, personale dedicato, knowhow, ecc., tutte risorse che vanno ben oltre o possono integrare la classica destinazione di fondi.

Chi richiede una sponsorizzazione deve chiedersi allora: in quali modi l'azienda a cui ti stai rivolgendo può concretamente aiutarti? Ma prima di tutto deve porsi alcune domande di fondamentale importanza: tu che cosa vuoi realmente? Quali sono le tue strategie prioritarie?

E anche, con riferimento al potenziale partner: cosa puoi offrire loro? Hai considerato nei dettagli tutti gli aspetti della proposta? Il loro contributo può aiutarti ad attuare le tue strategie prioritarie? Tenendo sempre presente che i manager di partnership di successo offrono al business una varietà di modalità differenti di coinvolgimento nel progetto.



Fra i potenziali sponsor vanno considerati non solo le multinazionali e aziende leader di mercato, ma anche imprese di minore dimensione (PMI) radicate sul territorio (la “comunità”) o filiali di grossi gruppi operanti in aree geografiche specifiche. Le aziende maggiormente ben disposte nei confronti di un coinvolgimento su un progetto nell'ambito della prevenzione della dipendenza e del miglioramento della qualità della vita sono ad esempio quelle che, in particolare:

- ❑ vogliono essere percepite come “leader”;
- ❑ hanno avuto recentemente una crisi di immagine;
- ❑ sono interessate a vedere ridotta la micro criminalità nei punti vendita (furti in negozi, taccheggio, ecc.);
- ❑ cercano personale qualificato residente sul territorio in cui

- operano;
- manifestano interesse per tematiche relative alla salute, alla salute mentale, al disagio, alla qualità della vita in genere e in particolare agli stili di vita delle nuove generazioni;
 - si sono già rese disponibili per altre “buone cause”.

Se la sponsorizzazione produce risultati reciprocamente vantaggiosi, può dare vita a una vera e propria partnership di lungo periodo fra i due soggetti.

Nella sponsorizzazione è essenziale che sia l'impresa sponsor sia l'organizzazione sponsorizzata programmino e gestiscano razionalmente il progetto e la sua attuazione in ogni fase del processo, misurandone sistematicamente e periodicamente i risultati.

La sponsorship viene definita dal *Drug Addiction Team* una “two-way commercial agreement”, ossia una pattuizione commerciale a due vie (DAT 2006) caratterizzata dai seguenti elementi distintivi:

- devono essere chiare le volontà e gli interessi di entrambi i soggetti sottoscrittori;
- è un patto di natura commerciale in cui non deve esservi posto per sentimentalismi in quanto le risorse provengono da budget con obiettivi strettamente commerciali;
- il termine pattuizione (agreement) indica che hanno avuto luogo discussioni e negoziazioni che hanno portato alla definizione di un accordo formale fra le parti;
- entrambi i soggetti ne devono ottenere benefici quantificabili e misurabili.

Sebbene in linea teorica la sponsorship possa essere finanziata da budget differenti all'interno dell'organigramma aziendale, a oggi il 90% di tutte le sponsorizzazioni deriva da budget destinati all'ambito del marketing (DAT 2006).

In generale, lo scopo dei dipartimenti di marketing è quello di comunicare per consentire all'azienda lo sviluppo e il consolidamento in termini di consapevolezza, immagine, partecipazione e coinvolgimento.

Nello specifico, la sponsorship può fornire alle aziende vantaggi competitivi sui propri concorrenti.

Proviamo a riflettere su alcuni concetti, mettendoci nei panni di chi investe nell'azienda:

- differenziazione: numerosi prodotti e servizi oramai presentano le stesse caratteristiche tecniche, per cui le aziende hanno il bisogno di differenziarsi in ogni modo, soprattutto attraverso attività a valore aggiunto;
- identificazione con uno stile di vita: le aziende sviluppano prodotti e servizi per attrarre specifici gruppi di consumatori (segmentazione), per cui tali prodotti e servizi devono comunicare ed essere associati ai valori e agli interessi di questi gruppi di riferimento;
- atteggiamenti dei consumatori: le aziende investono sempre maggiori energie nel dimostrare di condividere i valori di riferimento dei propri clienti, come ad esempio la solidarietà nei confronti degli altri, la coscienza sociale, il coinvolgimento nella comunità locale, ecc.

I benefici che ne potrebbe trarre un'impresa sono dunque abbastanza evidenti per quanto attiene al fronte del consumatore: maggiore consapevolezza e considerazione positiva del marchio aziendale, incrementi nelle vendite di prodotti o servizi associati alla campagna sociale, massimizzazione della fidelizzazione dei clienti.

Ma dobbiamo pensare anche ai benefici indiretti che un'azienda potrebbe trarre da una sponsorship mirata: pensiamo al legislatore e al personale dell'azienda stessa, ad esempio:

- l'azienda impegnata in attività di utilità sociale potrebbe vedere rafforzate le proprie relazioni istituzionali con il legislatore attraverso l'accesso a network di decisori (decision makers) o anche grazie all'immagine positiva del marchio associato a importanti attività di rilievo sociale;
- lo stesso potrebbe dirsi, in maniera analoga, in merito alle relazioni con il personale, che si sentirebbe maggiormente motivato a

lavorare per l'azienda e fiducioso nei confronti di una struttura socialmente impegnata.

Come le imprese vedono un possibile coinvolgimento in attività di prevenzione nel campo della dipendenza da sostanze?

Sembra che ancora oggi le aziende non riescano a considerare la prevenzione dalle dipendenze fra le priorità del proprio intervento sociale, mostrando invero qualche perplessità in proposito (DAT 2006). Esse si chiedono, come è corretto che sia peraltro:

- ☐ questo tema è rilevante per la nostra attività?
- ☐ è un tema che interessa i nostri consumatori, il nostro staff, i nostri azionisti, ecc.?
- ☐ il coinvolgimento in questo ambito migliorerà la nostra reputazione?
- ☐ oppure, avrà effetti negativi sul business?

In generale, le imprese mostrano ancora una certa riluttanza verso un argomento percepito come alquanto controverso e non chiaramente associabile a “fattori di benessere”: alla fine, a parità di condizioni, preferiscono impegnarsi su problemi sociali meno complessi e sicuramente meno “rischiosi”. Ma qualcosa sembra muoversi all'orizzonte: gran parte delle imprese concorda nel ritenere la prevenzione dalle dipendenze un obiettivo importante per l'intera società e una parte di esse si dichiara pronta a supportare fattivamente campagne e iniziative in tal senso, anche se numerose altre, pur manifestando un certo interesse, sembrano felici di lasciare ad altri per il momento l'apertura della strada...

Vi sono alcuni settori produttivi che sembrano indotti giocoforza a promuovere iniziative di prevenzione nell'ambito del consumo di sostanze, quali l'industria della musica e il comparto dei locali notturni (discoteche, ecc.), in ragione del fatto che spesso l'opinione pubblica associa tali contesti ricreativi al problema dell'abuso e della dipendenza da sostanze fra i giovani.

Ma il problema del consumo e della dipendenza da sostanze (eroina, cocaina, nuove droghe ma anche alcol, lo abbiamo più vicino di quanto

possiamo immaginare: è più radicato e i suoi effetti più diffusi di quanto si pensa proprio nell'ambito lavorativo.

I risultati di uno studio del Research Institute on Addictions (RIA) dell'Università di Buffalo pubblicato nel marzo 2006 sul *Journal of Studies on Alcohol* mostrano che ben il 15% della forza lavoro americana lavora costantemente sotto gli effetti dell'alcol. La ricerca, condotta su un ampio campione di lavoratori adulti fra i 18 e i 65 anni, evidenzia che in USA: ben 2,3 milioni di persone (1,8% del totale) consumano alcol prima di recarsi al lavoro; più del 7% dell'intera forza lavoro (9 milioni di persone) beve alcol almeno una volta durante la giornata lavorativa, a pasto, durante i break o addirittura durante l'orario di lavoro; quasi 12 milioni di americani lavorano in preda a mal di testa e malesseri derivanti dal consumo di alcol; fra le categorie più colpite vi sarebbero manager, venditori, giornalisti, gente di spettacolo, ma anche addetti alla ristorazione e lavoratori edili (Frone et al. 2006).

Gilberto Gerra, dell'International Narcotics Control Board dell'ONU, ha dichiarato a margine dell'Outcome Verona Congress del dicembre 2006 che se si introducessero controlli tossicologici nelle aziende, si ridurrebbero di almeno il 50% gli incidenti sul lavoro.

A fronte di questi numeri, le aziende potrebbero mostrare maggiore sensibilità in merito a interventi di prevenzione condotti da professionisti della salute all'interno dello stesso ambiente lavorativo, ai fini della riduzione del danno dovuto a consumo di alcolici e sostanze da parte del personale impiegato, con conseguente sensibile diminuzione degli incidenti sul lavoro e significativo recupero della produttività, solo per considerare i risultati diretti di interventi di tale genere.

E' utile a questo punto analizzare in breve due recenti esperienze di matrice britannica in cui sono state attivate partnership allargate su progetti nell'ambito il primo della prevenzione dall'uso e dalla dipendenza da sostanze, il secondo del reinserimento lavorativo di soggetti ex tossicodipendenti, in cui si possono evincere metodi e risultati frutto della fattiva collaborazione di più soggetti verso una finalità sociale comune sulla base di un progetto condiviso secondo la logica della "community".

The Voice of Authority. Sotto l'insegna comune di *Community Partners Against Heroin* i Drug Addiction Team delle città di Hull e East Riding hanno identificato anche nella comunità locale la sussistenza di un grave problema di consumo e di dipendenza da eroina nei giovani al di sotto dei 19 anni, così come emerso in uno studio nazionale condotto dall'Università di Manchester. Il progetto ha coinvolto media, aziende, attori, personaggi famosi, testimonial, professionisti oltre agli enti istituzionali preposti. La radio commerciale locale Viking FM ha supportato la campagna mettendo a disposizione lo staff del marketing e dei palinsesti per realizzare appositi spot, mandati in onda durante la giornata nei momenti di massimo ascolto. Sono stati organizzati road show nei teatri cittadini per raccogliere fondi fra le locali business communities a supporto della campagna, alla presenza degli attori che hanno realizzato gli spot radiofonici, in cui medici e infermieri hanno illustrato gli effetti patologici del consumo di sostanze, familiari di dipendenti hanno portato le loro testimonianze, rappresentanti governativi hanno illustrato statistiche in merito all'epidemiologia del fenomeno con particolare riguardo alla realtà del territorio in esame, ecc. Fra i partner di DAT nella realizzazione del progetto, oltre Viking FM, anche la locale Camera di Commercio e ARCO, un'azienda manifatturiera produttrice di abbigliamento protettivo di sicurezza, che ha fornito supporto organizzativo, pubbliche relazioni e ufficio stampa per la campagna ed ha assunto la presidenza della locale Community Safety Partnership. Le aziende del territorio hanno contribuito con donazioni su un arco di quattro anni. Altri fondi sono stati stanziati dal Department of Health. Le risorse messe in campo dai numerosi soggetti del territorio hanno consentito di organizzare road show con identico format anche nelle scuole.

Back on the Road. Il Back on the Road Project nasce da un incontro occasionale del direttore di Scotland Against Drugs (SAD) e un uomo d'affari scozzese a una fiera di vecchi bus tenutasi a Glasgow. Dalla chiacchierata fra i due è emerso che il businessman, collezionista di vecchi bus, non avrebbe disdegnato di poter aiutare tossicodipendenti in fase di recupero. Ha quindi donato un vecchio bus e messo a disposizione del progetto tutta la strumentazione necessaria per il restauro del mezzo, mentre SAD ha garantito inizialmente i salari per quattro persone dipendenti da sostanze in via di recupero. Attualmente l'attività conta 60 dipendenti (tutti tossicodipendenti in fase di reinserimento socio lavorativo)

con diverse mansioni e il garage ospita ben 94 vecchi bus di diversi proprietari che pagano mensilmente una quota per il parcheggio e la manutenzione dei mezzi: il noleggio di questi veicoli storici per eventi rievocativi, cerimonie, matrimoni consente ulteriori introiti economici. La realizzazione del progetto è stata possibile anche grazie alla partnership con aziende del settore automobilistico coinvolte grazie all'interessamento del presidente della categoria, Sir Tom Farmer, quali Kwikfit, CES Exhausts, Firestone, Lesmac e altre. Scotland Against Drugs pubblica ogni 3 mesi una newsletter in 8.000 copie, con spazi pubblicitari da cui trae altre risorse da destinare al progetto, indirizzata a membri del parlamento, scuole, enti, ecc. Alla presentazione del progetto alla stampa, a cui hanno partecipato ministri e altri personaggi di rilievo, erano presenti tutti i partner, che hanno ottenuto elevata visibilità e benefici in termini di immagine su televisioni, radio e quotidiani. L'obiettivo di Scotland Against Drugs è ora quello di ridurre progressivamente l'utilizzo dei contributi verso una completa autosufficienza economica e gestionale del progetto.

Come abbiamo visto, in entrambi i casi analizzati, non hanno agito soltanto due parti, lo sponsor e lo sponsorizzato, bensì hanno partecipato pariteticamente alla realizzazione di un progetto comune numerosi soggetti, a diverso titolo e con modalità contributiva differenziata, ciascuno secondo le proprie competenze e possibilità, attraverso il coordinamento di un organismo promotore, che – nel secondo caso in particolare – si è posto addirittura quale obiettivo finale la completa autonomia economica e gestionale del progetto, una volta raggiunto il break even. Dunque sembra sempre più di avere a che fare, da una parte non con semplici sponsor (che “regalano” fondi per una buona causa) ma con veri e propri investitori e, dall'altra, con manager meticolosi che sanno dove vogliono arrivare e come. Crediamo sia proprio questo il senso nuovo da cogliere negli esempi d'Oltremania. Siamo nel cuore della partnership, sul cui terreno si incontrano uno o più business partner e uno o più community partner.

Come ogni progetto che si rispetti anche il progetto a finalità sociale deve prevedere una misurazione dei risultati, a beneficio di entrambi i partner. In linea generale, possiamo misurare i seguenti risultati:

□ risultati per il business partner:

- miglioramento della reputazione aziendale
- incremento delle vendite
- incremento del numero di clienti
- maggiore presenza positiva sui media (media coverage)
- miglioramento del morale e della motivazione dello staff
- aumento della produttività e riduzione dei costi
- aumento della competitività

□ risultati per il community partner:

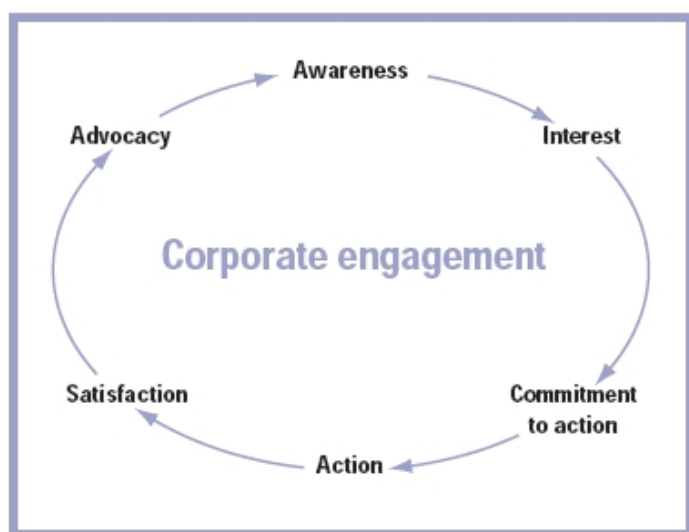
- effetti sociali del progetto
- feedback positivi da partecipanti e beneficiari del progetto
- fruizione di risorse di diversa natura
- stanziamenti di fondi
- risparmio economico
- ogni sostegno che si potrà generare in futuro dai risultati (leads)

Una partnership di lungo periodo fra community partner e business partner risulta preferibile in quanto relazioni a lungo termine generano maggiore valore aggiunto e uno storico di promesse mantenute rassicura anche i futuri partner.

Spesso però le organizzazioni non profit alla ricerca di sponsor non pensano a ciò che realmente vogliono da una azienda e nemmeno a come sviluppare relazioni di lungo periodo con essa, perché troppo assillate dal desiderio di coinvolgere uno sponsor nell'immediato: terminate dunque riunioni e convegni, entrambi i soggetti si accorgono che nulla di concreto è successo e sentono di avere perso del tempo. Secondo il Drug Addiction Team “organizzare un convegno di sensibilizzazione sul problema droga non è sufficiente per stimolare un largo numero di partner a sostenere attivamente un progetto” (DAT 2006). La consapevolezza (awareness) deve essere rinforzata nell'interesse (interest), sviluppata ulteriormente in coinvolgimento (involvement) e incoraggiata verso un pieno impegno da parte del partner (commitment). E se le relazioni con il partner vengono mantenute “calde” anche dopo una sponsorizzazione andata a buon fine, si

potranno ottenere risultati e successi di lungo periodo, che soli consentono di vedere partner soddisfatti diventare veri e propri sostenitori attivi (active supporters) dell'organizzazione o della causa.

Il DAT definisce questo processo di coinvolgimento di partner su iniziative di prevenzione dal consumo e dalla dipendenza da sostanze **corporate engagement**: è un processo circolare virtuoso che parte dalla sensibilizzazione e termina – passando per l'interesse manifesto, l'impegno, l'azione, la soddisfazione – nell'advocacy, ove ricomincia con il coinvolgimento di nuovi partner attraverso l'opera di promozione messa in atto dai partner soddisfatti divenuti sostenitori attivi.



In prima battuta (fase del perseguimento dell'awareness) è necessario promuovere la causa per generare visibilità e destare attenzione sul tema: possono andare bene conferenze, convegni, colazioni di lavoro, campagne di comunicazione, pubblicità sociale, lavoro di ufficio stampa, media relations, ecc.

Attirare l'attenzione è il primo passo ma non è sufficiente per garantire un impegno da parte del partner. E' necessario in una seconda fase (interest)

convincere i potenziali partner di non essere semplicemente interessati a parlare e far parlare del problema (cd. “talking shop”), ma di voler attivare un progetto di reciproco vantaggio, per cui risulta di fondamentale importanza dimostrare quanto il tema in oggetto sia rilevante per le attività di business del partner, in altri termini bisogna spiegare e motivare gli interlocutori, stimolando altresì i loro personali interessi.

Nella terza fase dell'impegno (commitment) si propone un vero e proprio pacchetto di offerta al partner in cui viene definito nei dettagli come l'azienda potrebbe attivarsi nella realizzazione del progetto: specialmente in questa fase è decisivo che il gioco venga condotto da chi propone il progetto e non dall'azienda a cui ci si rivolge.

Nella fase dell'azione (action) è necessario conoscere esattamente come attuare il programma in ogni suo aspetto pratico e coinvolgere sin dalle prime battute tutti i soggetti che contribuiranno con il proprio aiuto allo sviluppo dello stesso: questo per convincere i partner della concreta fattibilità del progetto.

Il processo alla fine viene coronato da una fase di auspicata soddisfazione (satisfaction), in cui i risultati raggiunti vengono resi visibili al vasto pubblico, insieme ai partner che hanno reso disponibili le risorse per la realizzazione del progetto: anche in questa fase tornano utili convegni, pubblicità, interventi di comunicazione e di ufficio stampa a copertura di tutti i media (media coverage), in modo da rendere manifesto il successo dell'iniziativa con ricadute a livello di immagine sui partner che l'hanno resa possibile.

Se tutto ha funzionato a dovere, i partner soddisfatti diventeranno sostenitori attivi e, spinti dal loro entusiasmo, contribuiranno a reclutare nuovi partner alla causa (advocacy), dando il via a un nuovo processo – ma ampliato – di corporate engagement: è qui che si sviluppa il business network.

Un esempio di business network strutturato è sicuramente il *London Benchmarking Group* (LBG, www.lbg-online.net). Fondato in Gran Bretagna nel 1994 dalle aziende BP, IBM, Diageo, Marks & Spencer, NatWest Group, Whitbread, LBG ha messo a punto nel tempo un approccio unico

nel suo genere finalizzato a misurare e valutare sistematicamente il contributo dato dalle aziende alla comunità (corporate community involvement o CCI) e i suoi risultati. Durante gli anni '90 diverse organizzazioni nel mondo hanno sviluppato strumenti per gestire e valutare il CCI: fra questi il Center for Corporate Citizenship del Boston College in USA (www.bc.edu/centers/ccc) e il Business in the Community in UK (www.bitc.org.uk) hanno focalizzato la loro ricerca su processi CCI basati su tecniche di quality management, mentre ProbusBNW (www.probusbnw.com) ha sviluppato un lavoro pionieristico finalizzato alla standardizzazione dei modelli di CCI.

Il modello LBG fornisce uno strumento di valutazione ad ampio spettro dei contributi destinati dalle imprese a iniziative di utilità sociale, incluso risorse economiche, tempo dedicato, beni forniti, costi di management, ecc. Si focalizza principalmente sul corporate community involvement (CCI) ma fornisce informazioni in una forma che può essere comunicata a tutti i “pubblici di riferimento” o portatori di interessi dell'impresa (stakeholders) attraverso l'integrazione in un più ampio rapporto di corporate social responsibility (CSR). In altre parole, il CCI, parte maggiormente “visibile” della strategia aziendale di CSR, diventa una componente chiave della CSR stessa.

Il modello LBG – sottolineano i fondatori – “funziona meglio quando le aziende collaborano come gruppo e possono condividere dati ed esperienze” (LBG 2004). Il cuore pulsante di LBG è senz'altro la Gran Bretagna, ove attualmente fanno capo al gruppo più di 100 aziende, ma il progetto è destinato a diffondersi sempre più su scala mondiale nella forma di “network globale di centri d'eccellenza locali”: nel 2001 viene costituito l'Australia Benchmarking Group (ABG) nell'omonimo paese, nel 2002 in USA viene attivato The Corporate Giving Standard a cui oggi fanno riferimento più di 50 aziende, dal 2004 LBG opera in Francia come Group Français de Référence. Fra i marchi leader di mercato si contano, oltre i fondatori, anche Bank of America, Bristol-Myers Squibb, British Airways, Cable & Wireless, Cisco Systems, Colgate-Palmolive Co, Deloitte & Touche, Kellogg's, DuPont, EDF Energy, EMI, Goldman Sachs, KPMG, Levi Strauss, McDonald's, Nestlè, Procter & Gamble, Rolls-Royce, Shell, Telecom Italia, Tesco, Time Warner, Toyota, Vodafone Group, Zurich.

Il modello LBG segue un approccio utilizzato da molti dipartimenti aziendali, quali marketing e risorse umane, per l'ottenimento di un vero e proprio bilancio comprensivo di costi e benefici delle attività socialmente orientate articolato su fattori di motivazione e categorie contributive del CCI.

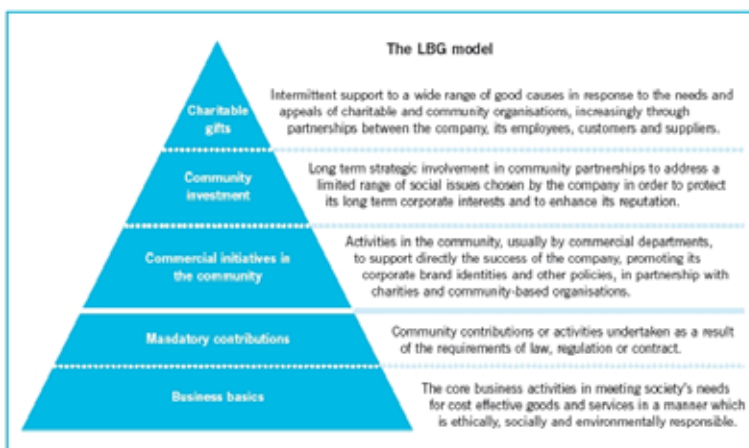
Le aziende che aderiscono a LBG hanno identificato tre principali fattori di motivazione che muovono le imprese al CCI:

- ❑ senso morale e responsabilità sociale
- ❑ convinzione che salute e benessere della comunità rappresentano interessi di lungo termine anche per le imprese
- ❑ consapevolezza che il CCI può portare all'azienda anche benefici diretti in termini di business

I contributi volontari che un'azienda decide di destinare ad attività di utilità sociale possono dunque distinguersi in tre categorie, a cui corrispondono in linea di massima le tre motivazioni sopra indicate:

- ❑ donazioni
- ❑ investimenti nella comunità
- ❑ iniziative commerciali entro l'ambito comunitario

Ecco dunque la “piramide” LBG:



Per riassumere, il modello di analisi e gestione CCI proposto dal London Benchmarking Group:

- fornisce un framework per l'analisi dei costi e dei benefici del CCI allo stesso modo delle altre funzioni aziendali di business
- migliora la gestione delle informazioni per orientare le strategie future di impresa
- sposta il dibattito dai costi dei programmi CCI ai loro benefici per l'azienda
- identifica, misura e valuta le aree chiave di contribuzione
- consente alle aziende di scambiare esperienze, usando definizioni e valutazioni standardizzate
- integra e migliora il reporting aziendale

E in Italia a che punto siamo?

Nel nostro Paese, secondo il rapporto Altis-Isvi 2006 sul ruolo del CSR manager in Italia, delle imprese che “si interessano” alla CSR l'88% sviluppa il bilancio sociale, il 78% fa della responsabilità sociale un elemento cruciale della propria mission, il 69% inserisce obiettivi di CSR nel piano strategico, il 63% fa del dialogo con i propri stakeholder una fonte per l'impostazione delle strategie aziendali future, il 41% ha al proprio interno una persona esclusivamente dedicata alla gestione delle attività di CSR, il 53% ritiene che la figura del CSR manager sia destinata a crescere (Altis-Isvi 2006).

L'Alta Scuola Impresa e Società dell'Università Cattolica di Milano (Altis) ha recentemente attivato insieme alla Regione Lombardia la Borsa Progetti Sociali (BPS), per promuovere partnership tra profit e non profit finalizzate a creare benefici concreti per le imprese in termini di fatturato, reputazione e motivazione del personale e favorire le capacità di soggetti non profit di reperire presso le stesse imprese risorse finanziarie, umane e materiali necessarie per la realizzazione di progetti socialmente e imprenditorialmente rilevanti.

Però, come emerge da una ricerca della federazione delle agenzie di relazioni pubbliche italiane (Ferpi) del febbraio 2006, comunicatori e stakeholder tecnici ritengono che “pur con tutta la buona volontà la cultura di CSR che oggi domina nelle imprese è ancora eccessivamente imperniata

sull'apparenza: a monte manca una visione unitaria e condivisa e ancora si pensa a un'operazione di pura immagine” (Quaderni della comunicazione 2006).

La responsabilità sociale – comunque – sembra piacere ai consumatori italiani. Secondo i dati dell'ultima indagine dell'Osservatorio sulla comunicazione responsabile, realizzata nel maggio dello scorso anno da Lorien Consulting, le persone che in Italia premiano con concrete scelte d'acquisto il comportamento responsabile dei brand mostrano negli anni una tendenza in costante crescita, passando dal 31% del 2003 al 33% del 2004 fino al 51% del 2006. In merito ai gruppi attitudinali, il 12,6% può dirsi “responsabile” perché fa della responsabilità sociale un vero e proprio stile di vita, il 45,6% si mostra “sensibile” in quanto fa preferibilmente acquisti etici e presta attenzione al fenomeno della responsabilità sociale, mentre solo il 33,4% risulta indifferente e l'8,2% si dichiara contrario. Interessanti le caratteristiche socio demografiche di questi gruppi: i responsabili e i sensibili si rispecchiano in un profilo prevalente adulto, residente in grandi città del centro nord, con livello di istruzione elevato, mentre gli indifferenti superano i 65 anni, risiedono in piccoli paesi e hanno basso livello di istruzione; i contrari sono principalmente adulti con basso livello di scolarizzazione residenti in città. Gli italiani avrebbero anche buona memoria per le campagne pubblicitarie socialmente responsabili: il 79% le ricorderebbe se sollecitato, il 15% ne avrebbe ricordo spontaneo (Lorien 2006).

Infine, nel nostro Paese risultano in significativa crescita anche le campagne di comunicazione responsabile, che nel 2005 – come certifica Nielsen Media Research – hanno fatto segnare un +10% rispetto all'anno precedente, per un totale di 8.868 annunci realizzati da 224 imprese (Nielsen 2006).

BIBLIOGRAFIA

1. AAVV, *Corporate Social Responsibility*, Quaderni della Comunicazione, 2006
2. AAVV, *MBA graduates value ethics higher from money*, Business Respect newsletter No. 77, 29 July 2004
3. Department of Trade and Industry (DTI), *Business and Society Report*, 2001
4. Drug Addiction Team (DAT), *Connecting with business: Building on experience*, 2006
5. Ipsos Mori, *The Public's Views of Corporate Responsibility*, 2005
6. London Benchmarking Group (LBG), *Measure for measure*, 2004
7. M. R. Frone M. R., *Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: A U.S. national survey*, Journal of Studies on Alcohol, 2006
8. Michael L. Rothschild, *Carrots, sticks and promises: a conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors*, Journal of Marketing, 1999
9. Patricia Hewitt, *Social enterprise in primary and community care*, 2006
10. V. Melandri et al., *Fund raising per le organizzazioni non profit*, Il Sole 24 Ore, 2000
11. V. P. Ducker, *The new meaning of corporate social responsibility*, California Management Review, 1984

7 Esperienze

7.1 UP&GO E DREAM ON: PER UN FUTURO LIBERO DALLE DROGHE

UN ESEMPIO PRATICO DI UN FORMAT DI PREVENZIONE PRIMARIA A FAVORE DEI GIOVANI

GIOVANNI SERPELLONI*, ELISABETTA SIMEONI**, MATTIA CALLIAN**, DIANA CANDIO**

* *Dipartimento Dipendenze – Regione del Veneto Azienda ULSS 20*

** *Osservatorio Regionale sulle Dipendenze – Regione Veneto*

INTRODUZIONE

Le attività di prevenzione primaria sono da sempre individuate come priorità nel campo delle tossicodipendenze, con la finalità di incentivare la creazione di campagne informative ed iniziative permanenti contro l'uso di sostanze stupefacenti coinvolgendo soprattutto le scuole, le associazioni sportive, gli ambienti di divertimento e di lavoro, la comunità. Nello strutturare il complesso e articolato intervento di prevenzione qui riportato si è tenuto conto di alcuni principi e criteri guida:

- 1. Interventi basati su strategie istituzionali e formali.** Le iniziative messe a punto con il Progetto Up&Go e con Dream On sono coerenti con la “Dichiarazione Etica della Regione del Veneto contro le droghe” (DGR n. 3877 del 27 ottobre 1998). Tale documento è la base di riferimento, la vision, per la strutturazione dei messaggi e delle attività della campagna.
- 2. Campagne permanenti e cicliche.** Le campagne di intervento devono essere strutturate in forma ciclica e permanente, con durata prevista almeno triennale, creando quindi un intervento di comunicazione istituzionale costante e coerente con i principi regionali.
- 3. Coordinamento su tutto il territorio.** Le iniziative devono favorire la partecipazione attiva dei Dipartimenti delle Dipendenze che, quindi, possono usufruire dei prodotti multimediali realizzati dal Progetto

Regionale per dare più forza e completare i propri programmi locali (insostituibili e parte integrante delle attività regionali).

4. Informazione/comunicazione multimediale e attivazione di percorsi virtuosi. I programmi di prevenzione devono essere creati con moderne tecniche di marketing ed advertising, attraverso l'utilizzo di diversi canali e strategie di comunicazione, analizzando le aspettative ed i bisogni dei diversi target mediante tecniche di marketing analitico ed elaborando i prodotti informativi con tecniche di valutazione dell'appeal, prima e durante la produzione dei prodotti. Lo scopo è di creare una vera campagna informativa gradita e comprensibile ai giovani, ma anche ai genitori e agli amministratori.

Dopo un'attenta indagine di marketing analitico, si è osservato che la danza, la musica e le discipline creative in generale sono molto apprezzate dai giovani e, nel contempo, esse sono validi veicoli di modelli comportamentali e di stili di vita sani. Si sono dimostrati strumenti efficaci le gare, i concorsi e le attività competitive che necessitano di un medio-lungo periodo per poter arrivare ad un premio ambito (riconoscimento sociale o di altro tipo, ma sempre etico), che gratifichi il giovane facendolo divertire e sentire parte attiva ed importante di un processo di prevenzione contro le droghe.

5. Informazione scientifica e consapevolezza. L'informazione deve essere coerente con le evidenze scientifiche e fornire informazioni riguardo ai rischi e ai danni dell'assunzione di droghe, puntando alla piena e responsabile consapevolezza che la propria salute è importante. Sono, quindi, punti fondamentali l'esclusione di forme comunicative di divieto per la strategia di comunicazione e la promozione di una scelta razionale ed intelligente di non consumo.

6. Riconoscimento della condizione di vulnerabilità e differenziazione delle offerte. Il modello concettuale cui fare riferimento per la strutturazione e, soprattutto, per la differenziazione delle offerte di comunicazione è quello della vulnerabilità. Gli studi dimostrano che esiste una fascia di giovani particolarmente esposti allo sviluppo di dipendenza, nel momento in cui entrano in contatto le sostanze stupefacenti. E' necessario, quindi, proporre un'offerta differenziata di prodotti comunicativi per rispondere ai bisogni di target di popolazione giovanile differenziati, cui è necessario adeguare i messaggi e le modalità di comunicazione.

7. Integrazione dei tre livelli di intervento. Oltre al primo livello della campagna di comunicazione e di promozione sociale di stili di vita sani rivolti alla comunità, è necessario prevedere un secondo livello di interventi locali basati su attività educative e formative a favore dei giovani e dei genitori. Inoltre, occorre coinvolgere un ulteriore terzo livello rappresentato dalle amministrazioni pubbliche competenti della salute e del benessere sociale dei cittadini, e dagli opinion leader (imprenditori, amministratori, esponenti del mondo dello spettacolo, ecc.). Ciò diviene necessario affinché si espliciti, anche con semplici patrocini gratuiti e/o dichiarazioni pubbliche, un messaggio comune e condiviso nella lotta contro la droga e la raccomandazione al non uso, creando una vera e propria “community” antidroga. Questi tre livelli di intervento (informazione/comunicazione permanente e ciclica, percorsi virtuosi e community antidroga) dovranno essere perfettamente integrati nei formati e nei contenuti di comunicazione, oltre che sincroni nei tempi di realizzazione.

8. Coinvolgimento diretto ed attivo del target. Vanno messi a punto format di intervento che prevedono la partecipazione attiva dei giovani, mediante un impegno esplicito di prendere parte attiva alla diffusione dei messaggi preventivi e, contemporaneamente, nell’esplicitare comportamenti coerenti con stili di vita sani e liberi dalle droghe.

9. Valutazione dell’impatto. E’ necessario valutare costantemente e a vari livelli le campagne di prevenzione, avendo consapevolezza che risulterà difficile quantificare gli effetti diretti nel breve termine. Tuttavia è necessario prevedere una serie di valutazioni (ex-ante, in progress, ex-post):

- a. Valutazione ex-ante dei materiali prodotti e delle strategie comunicative, relativamente a gradimento, comprensibilità, utilità, credibilità.
- b. Valutazione in progress con osservazione di:
 - trend di prevalenza ed incidenza del consumo di sostanze stupefacenti, con studi triennali.
 - modifiche osservate nelle conoscenze corrette sui rischi e danni derivanti dall’uso di droghe, nella percezione del rischio, negli atteggiamenti e comportamenti espressi dai target.
- c. Valutazione ex-post con osservazione del grado di penetrazione e distribuzione nei diversi target, e grado di immagine e notorietà delle iniziative e dei centri specialistici coinvolti.

La campagna informativa improntata dalla Regione Veneto, grazie ad un progetto finanziato dall'Assessorato alle Politiche Sociali, Programmazione Socio Sanitaria, Volontariato e Non Profit, è stata realizzata dall'Osservatorio Regionale Dipendenze. Il Progetto è identificato con l'acronimo Up&Go (alzati e cammina!) "Programma Regionale di comunicazione per la prevenzione delle tossicodipendenze". L'obiettivo principale del progetto è di creare campagne informative ed iniziative permanenti contro l'uso di sostanze stupefacenti. A supporto di questa campagna di prevenzione primaria è stato creato lo slogan "Per un futuro libero dalle droghe" (Fig. 1). Uno dei prodotti realizzati dal Progetto Up&Go è l'iniziativa Dream On, nell'ambito della musica e della danza.

Fig. 1. I loghi Up&Go e Dream On



SCOPO DELLA CAMPAGNA DI PREVENZIONE UP&GO

L'obiettivo generale del progetto Up&Go è la realizzazione di un articolato intervento di informazione/sensibilizzazione dei giovani e della popolazione, mediante una campagna di comunicazione sociale sui pericoli e sui danni derivanti dall'uso delle droghe, al fine di responsabilizzare l'individuo ed ottenere comportamenti singolarmente e collettivamente vantaggiosi per la salute. Lo scopo è quello di creare un'immagine generalizzata e condivisa che esprime un dissenso nei confronti dell'uso delle droghe, utilizzando più canali per creare un nuovo trend di opinioni e comportamenti contro la cultura della droga e delle sostanze nocive per la salute. La campagna ha avuto come punti di diffusione i luoghi di maggiore



aggregazione giovanile (scuole, biblioteche, informagiovani, società sportive, centri parrocchiali, ecc.) dove sono stati distribuiti i materiali informativi. Sono stati realizzati strumenti di comunicazione multimediale (spot tv e cd-rom interattivi, mezzi mobili opportunamente allestiti, ecc.) e sono state date informazioni corrette sulla pericolosità e sugli effetti tossici delle principali droghe e delle sostanze nocive diffuse tra i giovani: ecstasy, eroina, cannabis, LSD, cocaina/crack, alcool, sostanze dopanti ed energizzanti. La mascotte della campagna di prevenzione è il giovane “Hardlock” (Fig. 2). Tutte le informazioni sulle sostanze, riportate sui materiali di prevenzione, sono state tratte dalle più recenti ricerche scientifiche messe a disposizione

dal NIDA (Nazionale Institute on Drug Abuse).

Per ottenere gli obiettivi prefissati sono previste due modalità concrete d'azione:

1. Realizzazione/ Diffusione di materiali informativi altamente comunicativi:

I materiali informativi si rivolgono a due macrotipologie di target:

- Junior, target con un'età compresa tra i 9 e i 15 anni;
- senior, ragazzi e adulti con un'età superiore ai 16 anni.

La scelta di questi target ha l'obiettivo di attivare un intervento su chi non ha ancora sviluppato il problema di consumo di sostanze (bambini ed adolescenti), favorendo l'interiorizzazione in giovane età di comportamenti e regole di salute e non divieti. L'altro target di riferimento è rappresentato dagli adulti o chi svolge il ruolo di educatore di bambini e ragazzi, responsabilizzandoli sui modelli educativi e partecipativi.

2. Promozione di modelli di stili di vita sani e positivi attraverso l'utilizzo della danza, della musica e delle altre discipline creative multimediali.

Al fine di rafforzare gli interventi informativi viene associata una serie di interventi che, attraverso discipline artistiche, propone stili di vita positivi e sani. Questo programma ha preso il nome di “Dream On”. L’iniziativa Dream On si compone di molteplici attività dedicate ai giovani che possono interessare tre macro settori principali: musica, danza e video immagine. Questi momenti creativi coinvolgono i giovani in modo appassionante e, contemporaneamente, non sono mai slegati dallo slogan di base: “per un futuro libero dalle droghe”.

Dream On Area Musica

Nell’ambito di tale iniziativa vengono realizzati laboratori di Musica e Tecnologia basati sull’uso di software per la composizione e l’editing musicali realizzando, nel contempo, percorsi appositamente studiati per ragazzi con docenti esperti nel settore. Tali percorsi sono associati a momenti di discussione sulla nocività di tutte le droghe.

Dream On Area Danza

Un concorso regionale offre la possibilità a tutti i giovani, con un target molto eterogeneo dai 6 ai 20 anni, di concorrere per la partecipazione ad uno spettacolo di danza, per l’assegnazione di borse di studio per la danza e la partecipazione a stage gratuiti tenuti da professionisti internazionali. Anche questa iniziativa è collegata a momenti di discussione e maggior comprensione sulla nocività delle droghe.

Dream On Area Video-immagini e creatività

Vengono realizzati percorsi di formazione, tenuti da professionisti, per la realizzazione di videoclip, nei quali i giovani hanno l’opportunità di imparare “i segreti” per la realizzazione di video-immagini e vengono coinvolti direttamente in videoclip contro le droghe e i danni che il loro utilizzo può comportare.

I MATERIALI DELLA CAMPAGNA UP&GO

La distribuzione del materiale prodotto per la campagna di comunicazione Up&Go ha alle spalle un lungo lavoro di pianificazione ed organizzazione delle risorse, sia finanziarie sia umane.

La campagna su base regionale ha richiesto un'attenta analisi nella fase di pianificazione della distribuzione dei materiali informativi sviluppati. La pianificazione tiene conto anche della stretta correlazione tra le caratteristiche fisiche e dimensionali dei materiali informativi, dei vincoli logistici, dei vincoli economici e burocratici. Trattandosi di una campagna di prevenzione primaria contro l'uso di sostanze nocive alla salute, gli ambienti individuati sono quelli strettamente legati al mondo giovanile (target junior), come scuole elementari e medie inferiori, scuole superiori, informagiovani ed associazioni sportive, nonché gli ambienti riconducibili al target senior: mondo del lavoro, dello sport, del volontariato, associazioni religiose, strutture sanitarie territoriali.

I prodotti realizzati sono di diversa tipologia (dimensione, tiratura, depliant, locandine, spot, opuscoli), offrendo un'offerta differenziata a seconda del target di riferimento (tab. 1).

Tabella 1: Tipologia dei materiali realizzati nella campagna Up&Go: target junior e target senior.

	TARGET	DIMENSIONE	TIRATURA
CARTOLINA	JUNIOR	10x15	500000 copie
LOCANDINA		50x70	1000 copie
MANIFESTO		70x100 - 100x140	2000 affissioni
ESPOSITORE CARTOLINE	JUNIOR	40X55	1000
PIEGHEVOLE INFORMATIVO SOSTANZE JUNIOR	JUNIOR	29X42	100000
ESPOSITORE PIEGHEVOLE JUNIOR	JUNIOR	30X35	1000
LOCANDINA SOSTANZE	JUNIOR	70X100	2200
LOCANDINA DIDATTICA	JUNIOR	70X100	2500
SPOT CINEMA	JUNIOR	video	
SPOT RADIO	JUNIOR	audio	
PIEGHEVOLE SENIOR	SENIOR	21X30	40000
ESPOSITORE PIEGHEVOLE SENIOR	SENIOR	30X35	1000
LOCANDINA - MANIFESTI "MONDI PARALLELI"	SENIOR	50x70 - 70x100 - 100x140	2000 copie per tipologia e formato
LOCANDINA - MANIFESTI	SENIOR	50x70 - 70x100 -	2000 copie per tipologia

"FAVOLE"		100x140	e formato
LOCANDINA - MANIFESTI "RESPONSABILITY"	SENIOR	50x70 - 70x100 - 100x140	2000 copie per tipologia e formato
LOCANDINA "RESPONSABILITY"	SENIOR	50X70	1000
LIBRETTO "NUVOLE ALL'ORIZZONTE"	SENIOR	21X15	75000

AMBIENTI COINVOLTI

Gli ambienti individuati per la distribuzione dei materiali fanno sì che la campagna di comunicazione e di sensibilizzazione raggiunga un target finale molto ampio. Ciò è possibile anche grazie alla realizzazione di un accurato studio di marketing, in cui è stata effettuata una segmentazione del target e delle relative strategie di comunicazione.

Tutto il materiale stampato è distribuito a destinatari mirati, al fine di raggiungere il target preventivato. I principali ambienti dove è distribuito il materiale sono (Fig. 3):

- a. ambiente scolastico
- b. ambiente sportivo
- c. ambiente volontariato
- d. ambiente economico
- e. ambiente lavorativo
- f. ambiente ludico-tempo libero
- g. ambiente amministrazione pubblica

Figura 3: Ambienti coinvolti.

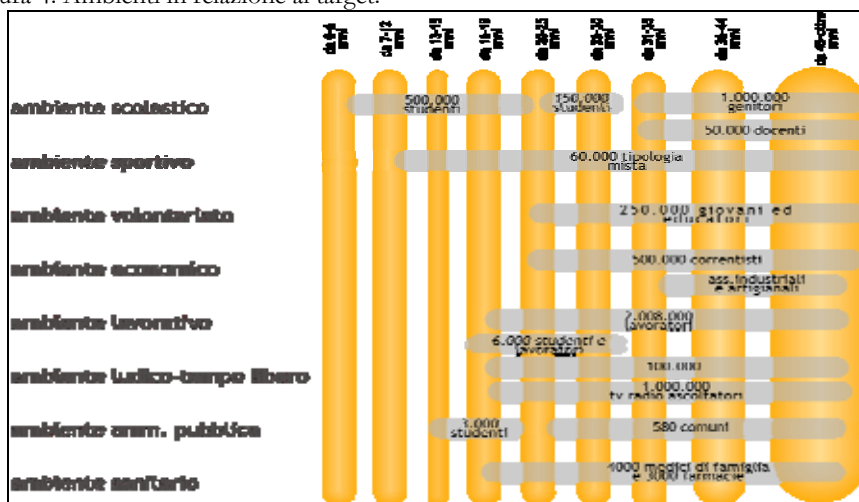


Tutte e sette le province venete ricevono il materiale prodotto tramite i seguenti canali di comunicazione:

- a. quotidiani (redazionali)
- b. giornali di settore (redazionali)
- c. tv
- d. radio (locali)
- e. internet (portali nazionali e target preciso)
- f. affissioni statiche e dinamiche
- g. eventi di risonanza regionale e nazionale (concerti, fiere, avvenimenti sportivi)
- h. luoghi di svago e divertimento (bar, ristoranti, discoteche, sale giochi, ecc.)
- i. sportelli enti pubblici
- j. associazioni (religiose, volontariato, ecc.)
- k. Medici di Medicina Generale e farmacie

Per ogni canale viene effettuata una valutazione di fattibilità che tiene conto della copertura territoriale, del target di riferimento, del costo della singola uscita e del costo del contatto. In ogni ambiente viene fatta un'ulteriore distinzione dei materiali in relazione al target (Fig.4)

Figura 4: Ambienti in relazione al target.



IL TARGET

Come esposto sopra, a differenza di altre campagne informative e/o di prevenzione, Up&Go ha ampliato il più possibile il proprio target di riferimento, offrendo agli interlocutori finali messaggi diversi secondo la fascia di appartenenza. Da qui lo sviluppo di messaggi pubblicitari distinti:

- stile "junior"(9-15 anni):
 - target maggiormente a rischio e che non ha ancora problemi di dipendenza;
 - linguaggio appartenente al mondo dei giovani;
- stile "senior" (< 30 anni):
 - informazioni particolarmente utili per chi svolge il ruolo di educatore, come i genitori, i professori, gli allenatori e tutti coloro che sono chiamati ad educare ad una scelta di vita consapevole e libera da sostanze a favore dei giovani;
 - stile linguistico e grafico più sobrio.

La grafica utilizzata per il target junior è tridimensionale, secondo i trend più diffusi nel mondo della comunicazione rivolta ai giovani. Sei situazioni diverse (cartoline) esprimono il concetto portante della comunicazione junior: “Nella vita non occorre provarle tutte”; a ciascuna situazione è associata una tipologia di sostanza e una descrizione degli effetti, delle

conseguenze fisiche, psicologiche e sociali derivanti dall'uso. La grafica portante della campagna junior è “Hardlok e la mucca” (Fig. 5).

Figura 5: Cartoline della campagna junior.



Prodotto: Cartolina -
Locandina – Manifesto Jr

Target: junior

Caratteristiche: Stampa 4/4

Tiratura: 500000 - 1000 copie
- 2000 affissioni

Dimensione: 10x15 - 50x70 -
70x100 - 100x140 cm

Ambiente: Scuole medie
superiori, inferiori, informa-
giovani e affissioni statiche e
dinamiche

Questi materiali sono stati inoltre realizzati con format diversi, locandine, folder e spot (Fig. 6)

Figura 6: Materiali Hardlock junior.



Prodotto: Espositore cartoline junior

Caratteristiche: Stampa 4/0 plastificato + pvc

Dimensione: 40x55 cm

Target: junior

Tiratura: 1000

Ambiente: Scuole medie superiori ed inferiori, informagiovani



Prodotto: Folder informativo sostanze junior

Caratteristiche: Stampa 4/4 carta patinata

Dimensione: 29x42 cm

Target: junior

Tiratura: 100.000 copie

Ambiente: Scuole medie superiori ed inferiori, informagiovani



Prodotto: Espositore folder junior

Caratteristiche: Stampa 4/0 cartonato + pvc

Dimensione: 30x35 cm

Target: junior

Tiratura: 1.000 copie

Ambiente: Scuole medie superiori ed inferiori, informagiovani



Prodotto: Locandina Sostanze

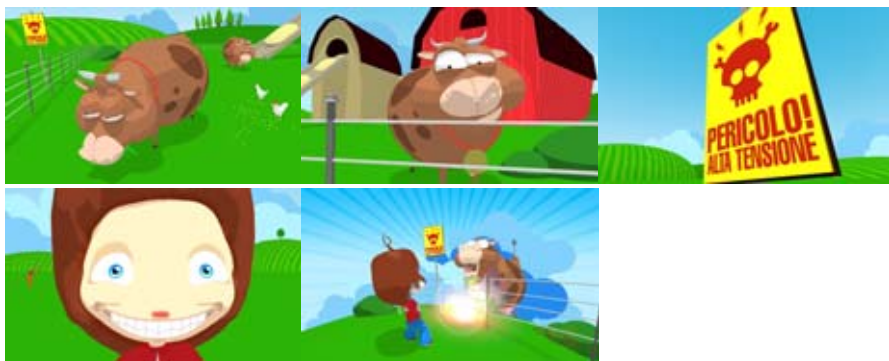
Caratteristiche: Stampa 4/0

Dimensione: 70x100 cm

Target: junior

Tiratura: 2.200 copie

Ambiente: Scuole medie superiori ed inferiori, informagiovani



Prodotto: Spot Tv e Cinema

Caratteristiche: Versione digitale

Dimensione: video

Target: junior

Tiratura: Cinesale Veneto

Ambiente: Cinema e Tv locali

Anziché mostrare esplicitamente le conseguenze o gli effetti drammatici che possono derivare dall'uso di droghe o di altre sostanze nocive, il tema grafico della campagna propone invece situazioni di pericolo diverse, a tutti ben note e, proprio per questo, da tutti accuratamente evitate. Situazioni grottesche e a volte paradossali, come pestare la coda ad un grosso cane mastino o addormentarsi sui binari di un treno, che richiamano le disavventure dei cartoni animati già noti. Questo tipo di scelta è apparsa particolarmente utile in quanto l'obiettivo non è quello di generare ansia o paura incontrollata ma, piuttosto, una divertita riflessione sull'evidente assurdità delle situazioni proposte. Questo approccio innovativo produce, inoltre, un valore aggiunto di primo livello, perché sollecita il pensiero a individuare le analogie e a recuperare il concetto di pericolo in una sfera priva di filtri pregiudiziali.

Oltre ai materiali "Hardlock" per il target junior, sono stati realizzati materiali più tecnici definiti di "stampa didattica" sui temi della prevenzione della droga: a chi può far bene, a chi può fare male (Fig. 7).

Figura 7: Materiali di stampa didattica.



Prodotto: Locandina didattica

Caratteristiche: Stampa 4/0

Dimensione: 70x100 cm

Target: junior

Tiratura: 2.500 copie

Ambiente: Scuole medie superiori ed inferiori, informagiovani

Per la serie dei materiali senior si è effettuata un'ulteriore segmentazione, sviluppando materiale grafico adatto ai diversi usi: ambienti esterni, ambienti scolastici, ambienti economici e istituzionali. La grafica utilizzata è sobria. E' stata individuata una comunicazione in grado di supportare una campagna protratta nel tempo, con messaggi ruotanti attorno allo stesso motivo conduttore. All'interno della campagna di prevenzione senior sono stati identificati tre settori: mondi paralleli, responsabilità, favole (Fig. 8)

Figura 8: Serie Mondi paralleli, Responsabilità, Favole.



Prodotto: Folder senior

Caratteristiche: Stampa 4/4

Dimensione: 21x30 cm

Target: senior

Tiratura: 40.000 copie

Ambiente: Comuni, Sert, Distretti Socio Sanitari, Camere di Commercio.



Prodotto: Espositore senior

Caratteristiche: Stampa 4/0 cartonato

Dimensione: 30x35 cm

Target: senior

Tiratura: 1.000 copie

Ambiente: Comuni, Sert, Distretti Socio Sanitari, Camere di Commercio



Prodotto: Locandina –
Manifesti "Mondi Paralleli"

Caratteristiche: Stampa 4/

Dimensione: 50x70 -
70x100 - 100x140 cm

Target: senior

Tiratura: 2.000 copie per
tipologia e formato

Ambiente: Comuni, Sert,
Distretti Socio Sanitari,
Parrocchie e affissioni
statiche e dinamiche



Prodotto: Locandina - Manifesti "Responsability"

Caratteristiche: Stampa 4/0

Dimensione: 50x70 - 70x100 -100x140 cm

Target: senior

Tiratura: 2.000 copie per tipologia e soggetto

Ambiente: Comuni, Sert, Distretti Socio Sanitari, Parrocchie



Prodotto: Locandina
"Responsability"

Caratteristiche: Stampa 4/0

Dimensione: 50x70

Target: senior

Tiratura: 1.000 copie

Ambiente: Scuole elementari
materne



Prodotto: Locandina –
Manifesti “Favole”

Target: senior

Caratteristiche: Stampa
4/0

Tiratura: 2.000 copie per
tipologia

Dimensione: 50x70 –
70x100 – 100x40

Ambiente: Comuni, Sert,
Distretti Socio Sanitari,
Parrocchie

Nella serie senior è stata inserita una parte a carattere tecnico scientifico: le schede delle sostanze con informazioni tradotte da materiali del NIDA (National Institute On Drug Abuse) e la pubblicazione “Nuvole all’orizzonte”, un piccolo manuale rivolto ai genitori realizzato in collaborazione con don Antonio Mazzi della Fondazione Exodus (Fig. 9).

Figura 9: Schede del NIDA e “Nuvole all’orizzonte”.



Prodotto: Libretto
Scientifico Sostanze

Caratteristiche: stampa 4/4

Dimensione: 21x29,7 cm
chiuso

Target: senior

Tiratura: 9 versione per 800
copie

Ambiente: scuole medie
inferiori e superiori



Prodotto: Libretto Senior
"Nuvole all'Orizzonte"

Target: senior

Caratteristiche: stampa 4/4

Tiratura: 75.000

Dimensione: 21x15 cm
 chiuso

Ambiente: Comuni, Sert,
 Distretti Socio Sanitari,
 Parrocchie

LA VALUTAZIONE DELLA CAMPAGNA INFORMATIVA EX-ANTE E EX-POST

Per ottenere una campagna valida, sono state condotte ricerche sulla gradevolezza estetica e sull'efficacia dei messaggi progettati, prima della realizzazione dei materiali, ma anche dopo l'ampia diffusione.

La valutazione ex-ante

La metodologia usata per la valutazione ex-ante è stata la somministrazione di un questionario ad un campione di soggetti appartenenti alle scuole medie inferiori e superiori.

Gli obiettivi della valutazione da parte del target sono stati focalizzati su:

- *contenuti*, la comprensibilità delle informazioni e la conoscenza o meno delle tematiche affrontate;
- *slogan*: l'immediatezza e l'originalità;
- *grafica*: la gradibilità e l'attrattività dei colori.

Nello specifico sono state considerate la valutazione della piacevolezza per le locandine, mentre per le schede informative sono stati considerati:

- a. l'impatto delle schede sul ragazzo, il grado di impressione negativa delle informazioni;
- b. il grado di comprensibilità delle affermazioni e delle spiegazioni contenute;
- c. la conoscenza o meno delle informazioni presentate;
- d. l'evidenziazione delle parti di testo non chiare o poco comprensibili;
- e. l'utilità e la credibilità delle informazioni presentate;
- f. l'eventuale uso di tabacco e di altre sostanze relativamente all'intera vita, agli ultimi 6 mesi e agli ultimi 30 giorni.

Come si può evincere dalla Tab. 3, le locandine junior hanno ricevuto un punteggio medio piuttosto buono. La locandina maggiormente gradita è quella con la mucca.

I risultati della valutazione sono stati successivamente discussi durante un brain-storming con i grafici e gli ideatori dei materiali per supplire eventuali carenze e ritrarare alcuni materiali.

Si è rilevato come le locandine che hanno ricevuto il punteggio minore presentano le stesse caratteristiche grafiche (sfondo ‘vintage’), trasmettono messaggi particolarmente forti e hanno un’immagine complessivamente povera di particolari. Nonostante il livello di gradibilità di queste schede non molto alto, si è comunque deciso di migliorarle graficamente.

Tab. 2. Giudizio di gradevolezza delle figure studiate per le cartoline junior Up&Go (prima valutazione)

Scheda	Media	Dev. std
mucca	8,2	1,7
spray	7,5	1,6
binario	6,5	2,7
cane	6,5	1,7
lavatrice	4,9	2,0
chiodo	4,8	2,8

Fig. 10 Valutazione del slogan utilizzato



La valutazione ex-post

Sino ad ora la campagna di comunicazione è stata diffusa presso i comuni riportati nella tabella seguente (Tab. 4).

Tab. 3. Ambienti di distribuzione della campagna informativa regionale Up&Go

Elenco degli ambienti contattati per la distribuzione del materiale informativo della Regione Veneto

- | | |
|--|--|
| • Comuni provincia Belluno: 69 contatti | • Aziende ULSS: 21 contatti |
| • Comuni provincia Padova: 104 contatti | • Distretti sociosanitari: 57 contatti |
| • Comuni provincia Rovigo: 50 contatti | • Medici di medicina generale: 3571 contatti |
| • Comuni provincia Treviso: 95 contatti | • Ser.T: 41 contatti |
| • Comuni provincia Venezia: 44 contatti | • Scuole secondarie I: 637 contatti |
| • Comuni provincia Verona: 98 contatti | • Scuole secondarie II: 521 contatti |
| • Comuni provincia Vicenza: 121 contatti | • Informagiovani: 150 punti |

Nello specifico, il KIT inviato alle scuole elementari comprendente le locandine senior multisoggetto hanno raggiunto 842 istituti scolastici e 400.000 genitori; il kit inviato alle parrocchie contenente l'opuscolo per le famiglie e le locandine senior ha raggiunto 500 parrocchie e 1.000.000 contatti; il kit inviato nei punti informagiovani del Veneto, comprendente sia materiali senior che junior è stato distribuito in 150 punti ed ha raggiunto 50.000 contatti.

Osservando le risposte relative alla visibilità della campagna di informazione Up&Go, emerge una maggior conoscenza dei messaggi di informazione da parte del target dei giovani rispetto a quello dei genitori. Questo è un dato positivo in quanto conferma l'avvenuta ricezione delle campagne, anche se non ci permette di valutare l'intensità del livello di comprensione del messaggio (Tab. 5).

Tab. 4 Sintesi della conoscenza delle iniziative di informazione di giovani, genitori e amministratori - numerosità e % (*)

Conoscenza iniziativa	Giovani		Genitori		Amministratori	
	N	% C*	N	% C*	N	% C*
Qualche volta/Spesso	2762	65,2	384	50,2	142	79,3

(*) Percentuale calcolata sul totale di ogni target.

Fonte dati: Le droghe nel Veneto, 2006.

Analizzando in dettaglio il campione emerge come i giovani di età compresa tra i 15-17 e i 18-20 anni rappresentano la fascia che conosce maggiormente la campagna Up&Go. Probabilmente la spiegazione consta nella maggiore opportunità di prendere visione e acquisire i materiali informativi presso gli istituti scolastici e i principali luoghi di aggregazione sociale.

La conoscenza delle campagne di informazione varia secondo l'età, ma anche il tipo di scuola frequentata. Ai giovani che frequentano la scuola media inferiore e a coloro che frequentano l'Università, corrisponde la percentuale più alta di soggetti che non ha "mai visto" le campagne informative della Regione Veneto. Tra i ragazzi che frequentano la scuola superiore, gli studenti dei centri di formazione professionale risultano essere maggiormente al corrente dei messaggi informativi di prevenzione (71,4%) (Tab. 6).

Tab. 5 Conoscenza dei giovani sulle iniziative di prevenzione e tipo di scuola frequentata – numerosità e %

Tipo di scuola	Conoscenza campagne informazione					
	Mai/Quasi mai		Qualche volta/Spesso		Totale(*)	
	N	% R	N	%R	N	%R
Scuola media inferiore	38	46,3	44	53,7	82	100
Liceo	493	36,2	869	63,8	1362	100
Istituto professionale	286	33,0	581	67,0	867	100
Istituto tecnico	503	33,6	996	66,4	1499	100
Centro formazione professionale	59	28,6	147	71,4	206	100

Università	27	42,2	37	57,8	64	100
Totale(**)	1406	34,5	2674	65,5	4080	100

(*) Numero soggetti non rispondenti 262 (5,5%) e non esprimenti giudizio 325 (6,8%)

(**) Numero soggetti non rispondenti 12 (0,2%)

Fonte dati: Le droghe nel Veneto, 2006.

L'INIZIATIVA DREAM ON

La campagna di prevenzione Up&Go si è proposta di individuare gli strumenti più efficaci e convincenti per far adottare comportamenti e stili di vita sani. Molte sono state le campagne informative promosse in questi anni, ma la volontà è quella di fare qualcosa di innovativo per integrare la diffusione del materiale cartaceo sinora distribuito. A tal fine l'attenzione è stata focalizzata su format che contribuiscono a promuovere concretamente stili di vita sani e positivi, cercando di fornire ai giovani stimoli nuovi e proposte alternative attraenti e di alto profilo, mediante la valorizzazione di attività artistiche e creative quali la danza e la musica.

In altre parole, abbiamo proposto attività facilmente fruibili come alternativa concreta al consumo di sostanze stupefacenti, alle offerte di divertimento rischiose e vuote di contenuti, alle gratificazioni immediate e superficiali, finì a se stesse, che non apportano alcun arricchimento personale. Abbiamo scelto di promuovere contemporaneamente due forme di espressione artistica, la musica e la danza, convinti di poter suscitare l'interesse dei giovani e motivarli ad intraprendere percorsi estremamente stimolanti ed emozionanti. L'obiettivo è quello di stimolare la partecipazione e un coinvolgimento attivo dei giovani a "fare" direttamente ed in prima persona.

La musica e la danza diventano fonti di gratificazione e soddisfazione personale, e contribuiscono ad accrescere nei giovani l'autostima e, quindi, il senso di appagamento grazie al raggiungimento di risultati e all'espressione della propria creatività. Questi strumenti, sicuramente affascinanti, non danneggiano la salute e non mettono a rischio



quella altrui ma, anzi, la promuovono, la proteggono e la migliorano, dando così alla vita maggior qualità e senso.

Un altro principio cardine dell'iniziativa Dream On è che queste attività sono fatte dai giovani prima di tutto per se stessi, per il proprio arricchimento interiore personale, diventando un "compendio costantemente presente nella loro vita come accompagnamento emozionante e divinamente poetico del loro essere su questa terra" (J.J. 1911). Tutto questo, quindi, al di fuori delle logiche di ricerca di un facile successo che passa, ormai, solo attraverso la ricerca della notorietà senza alcun impegno, se non quello esasperato di apparire e di esserci, anche senza nulla da dire ed in assenza di spessore e contenuti da trasmettere.

L'Organizzazione del progetto Dream On è costituita da un insieme di persone che lavorano nel campo della promozione della salute, che hanno scelto la creatività e l'arte nelle più svariate espressioni come veicolo di felicità ed impegno "antidroga". Il team di lavoro è composto da professionisti impegnati nell'ambito della salute e della promozione sociale, appartenenti sia a strutture pubbliche che del privato sociale, coordinati dal Dipartimento delle Dipendenze della Regione Veneto.

LE DISCIPLINE ARTISTICHE INTERESSATE

Il Progetto Dream On si sviluppa in 3 macro aree di intervento. Le attività previste in ogni area sono finalizzate ad avvicinare i giovani al mondo dell'arte, per far loro scoprire la soddisfazione che si può provare nella creazione di qualcosa di originale ed artisticamente entusiasmante.

Queste attività hanno dato vita a diverse iniziative, numerosi piccoli progetti che hanno composto un ampio bagaglio formativo. Oltre all'acquisizione di conoscenze, i ragazzi partecipando a queste attività sposano la cultura del "no drugs" e ricevono utili informazioni da personale medico specializzato. Lo scopo è quello di trasmettere loro queste conoscenze e di farli divenire portavoce di messaggi di prevenzione delle tossicodipendenze, da diffondere ai propri coetanei.

Area Danza

Il percorso realizzato nell'area danza del progetto Dream On si articola in diverse tappe: nel 2004 è stato realizzato un primo spettacolo

sperimentale di danza, volto a valutare come i giovani potevano recepire tale tipologia di intervento.

Il riscontro positivo ottenuto dall'iniziativa ci ha spinto ad organizzare un concorso di danza, a livello regionale, rivolto a tutti i giovani con un'età compresa di 6 ai 20 anni (gruppi spontanei e scuole di danza), nelle varie discipline della danza (classica, jazz, contemporanea, hip hop e break dance). Ai ragazzi sono state fornite musiche originali sulla base delle quali comporre una coreografia. Tutte le coreografie presentate hanno partecipato al Dream On Casting, al quale hanno aderito più di 500 ragazzi e ragazze provenienti da ogni parte del Veneto. Con l'occasione è stato distribuito materiale informativo di prevenzione; inoltre i partecipanti hanno aderito al regolamento sintetizzabile in un unico, importante, principio: "Per un futuro libero dalle droghe". Per una maggiore diffusione di questa iniziativa è stato realizzato un sito di informazione, consultabile liberamente, contenente tutte le specifiche dell'iniziativa (www.dreamonshow.it; fig. 11).

Nel 2006 l'iniziativa è stata replicata e si è conclusa con uno spettacolo presso il Teatro Nuovo di Verona, cui hanno partecipato i vincitori del Dream On Casting. La forte adesione e l'entusiasmo dei giovani ballerini, provenienti da tutta la Regione Veneto, rappresentano la testimonianza di come è possibile vivere emozioni intense attraverso il lavoro di gruppo e la passione per la danza.

Fig. 11 Videata principale del sito della sezione danza



Fra i partecipanti al Dream On Casting (Foto 1) una giuria di esperti ha selezionato alcuni giovani che, oltre a partecipare allo spettacolo finale,

hanno potuto esibirsi e danzare con danzatori di fama internazionale (Foto 2).



Foto 1. Alcuni partecipanti al Dream On Casting.



Foto 2. Dream On Dance Show 2005.

Area Musica

L'area musica del Progetto Dream On prevede tre sezioni dedicate ad ambiti molto differenti ma complementari, poiché contribuiscono alla creazione e realizzazione di prodotti musicali da destinare a messaggi di prevenzione delle tossicodipendenze dedicati ai giovani.

Dream On Studios. I Dream On Studios sono un centro di composizione e audio editing fornito di strumentazione completa per la creazione di prodotti musicali, in cui lo staff Dream On compone le musiche da utilizzare per il concorso di danza, per lo spettacolo e per le attività di prevenzione dalle droghe.



I corsi di musica e tecnologia. L'iniziativa Dream On promuove corsi di musica per i giovani che vogliono imparare ad usare la tecnologia a vantaggio della propria creatività. Gli output dell'iniziativa sono la produzione di brani musicali originali (solo musica o musica con testo) da inserire in un cd utilizzando brani selezionati tra i migliori pezzi realizzati dai ragazzi che frequentano il corso.

Eventi. Infine, la produzione Dream On si occupa anche dell'organizzazione di eventi dedicati alle giovani band, per poter offrire ai

musicisti uno spazio all'interno del quale esibirsi e confrontarsi, sempre aderendo allo slogan "No Drugs".

Area videoimmagini e creatività

Anche nell'area della creazione di video, spot e cortometraggi il team di Dream On offre ai giovani notevoli opportunità, mettendo a disposizione tutta l'apparecchiatura necessaria ed un corso sulle tecniche di ripresa e montaggio video.

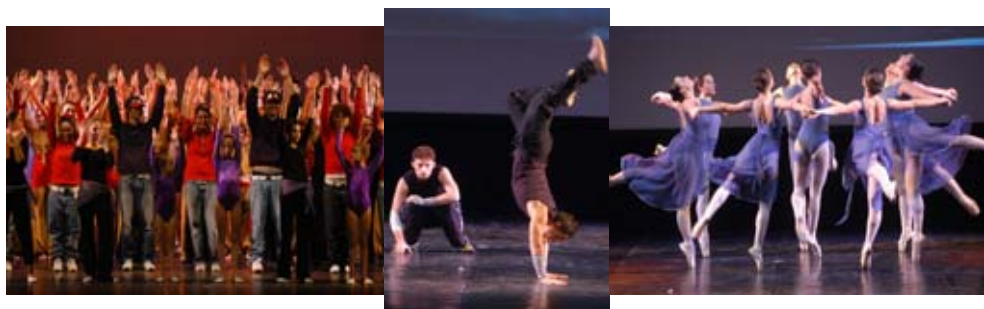
Durante il percorso gli allievi imparano le basi di ripresa video, l'utilizzo degli strumenti adeguati, il montaggio tramite l'uso del computer e software specializzati, per realizzare infine cortometraggi e filmati sulla prevenzione delle droghe.



CONCLUSIONI

Sia la campagna di prevenzione e diffusione dei materiali di prevenzione delle droghe (Up&Go), sia l'iniziativa Dream On hanno ottenuto numerosi consensi, che sono per noi fonte di grande gratificazione e ci impongono di proseguire in questo filone di attività. L'obiettivo è quello di coinvolgere sempre più persone e veicolare il messaggio che tutte le droghe sono nocive; si può raggiungere uno stato "stupefacente" senza l'utilizzo di alcuna sostanza ma solo contando sulle proprie risorse e sui propri sistemi di gratificazione personale.

Fig. 12. Foto dello spettacolo di danza Dream On 2006.



BIBLIOGRAFIA

1. “Dichiarazione Etica della Regione del Veneto contro le droghe” (DGR n. 3877 del 27 ottobre 1998), a cura di Rampazzo L., Serpelloni G., Simeoni E. 1999.
2. Borca G., Ciairano S., Bonino S., 2001, I comportamenti a rischio in adolescenza. Prospettive teoriche e ricerche. In Orlandini D., Nardelli R., Potente R. (a cura di). Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti, Regione Veneto, Mirano-Venezia, Graph Photo.
3. EMCDDA, 2003, Focus sulle droghe. Utilizzo di droghe tra i giovani a rischio, www.emcdda.eu.int.
4. Mariani F., Molinaro S., Potente R. Fonte: “Progetto Regionale: Stime di prevalenza ed incidenza dell’uso nella Regione Veneto Rapporto Anni 2001-2002”.
5. NIDA, 2001, Risk and protective factors in drug abuse prevention. Second National Conference on Drug Abuse Prevention, Washington, 9-10 agosto. www.drugabuse.gov/NIDAHome.html.
6. Orlandini D., Nardelli R., Bottignolo E., 2002, Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione, Regione Veneto, Venezia, <http://serviziweb.ulss12.ve.it/html/download.html>.
7. Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2004, www.politicheantidroga.it.
8. Serpelloni G., Gerra G., Zaimovic A., Bertani M.E., e Gruppo di lavoro sulla vulnerabilità, Modellistica interpretativa della vulnerabilità all’addiction, in Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all’addiction. 2002.
9. Serpelloni G., Zermiani M., Le droghe nel Veneto 2005-2006, Regione Veneto, 2006.
10. U.S. Department of Health and Human Services, 2000, 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Public Health Service. National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
11. Winter K., Botzet A., Anderson N., 2002, Youth drug abuse and psychosocial risk and protective factors. Prevention perspectives, vol 1, www.mentorfoundation.org.
12. www.nida.gov.

7.2 QUALI PRODOTTI ALTERNATIVI PROPORRE

GIUSEPPE SANGIORGIO*, VINCENZO MARINO**

* *Hagam - esserincomunicazione*

** *Dipartimento delle Dipendenze – ASL della Provincia di Varese*

IL CONTESTO PROGETTUALE

WC Show è un progetto del Dipartimento delle Dipendenze della Asl della Provincia di Varese avviato nel 2004 nell'ambito del progetto ministeriale "Gli stili di vita per la prevenzione delle tossicodipendenze".

Il progetto ministeriale si è strutturato come un intervento articolato e complesso con la finalità di prevenire fra preadolescenti ed adolescenti fenomeni di avvicinamento all'uso e alla dipendenza delle sostanze, attraverso il miglioramento degli stili di vita.

Il progetto, nato nel 2003 su proposta della Provincia di Varese, che è anche Ente coordinatore dell'azione progettuale, ha visto la collaborazione di diversi soggetti che a diverso titolo e con differente ruolo operano attivamente ed in modo sinergico in tema di prevenzione, con particolare attenzione al contesto locale: l'Istituto Superiore di Sanità, l'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Varese, l'Università dell'Insubria, il Comune di Varese, il Centro Servizi Amministrativi.

Il progetto, finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, ha perseguito attraverso l'operato dei diversi partner una serie di obiettivi così sintetizzabili:

- porre al centro della propria attività il cittadino, la persona nella sua interezza, quale "unità" fondamentale della società e prioritario artefice della qualità della propria vita, prevedendo in ciò l'adeguata informazione, la consapevolezza, l'auto attivazione;

- ❑ conoscere quanto sta accadendo nel tessuto sociale, attraverso la raccolta di dati, informazioni e ricerche, ma anche tramite l'esperienza diretta degli operatori sociali;
- ❑ agire in un'ottica di prevenzione e quindi d'educazione, utilizzando modalità accettate dai giovani, come l'educazione fra pari;
- ❑ lavorare in rete, evitando sprechi e sovrapposizioni ed ottimizzando le risorse esistenti;
- ❑ valutare gli effetti delle azioni intraprese perché, pur con le ovvie difficoltà, si possano premiare le più significative tralasciando le altre.

Ogni partner ha sviluppato azioni coerenti con la propria mission istituzionale, lavorando su ambiti diversi, tra loro comunque collegati ed armonizzati, anche attraverso la partecipazione di propri rappresentanti al Tavolo di coordinamento progettuale.

In particolare l'**Azienda Sanitaria Locale** è stata individuata come Ente da una parte atto a regolare l'attività di sviluppo e la gestione tecnico/scientifica del progetto, dall'altra a studiare e realizzare il sotto-progetto denominato "Pre-view", con l'obiettivo di facilitare lo scambio di competenze e contenuti tra le generazioni degli adulti e adolescenti. L'esito di questo percorso è stato il video WC-SHOW realizzato in collaborazione con alcuni rappresentanti della Consulta Provinciale Studentesca, destinato a insegnanti e studenti.

LE PREMESSE DI UN PRODOTTO PREVENTIVO

Il dipartimento delle Dipendenze della ASL della Provincia di Varese si è avvalso della consulenza di Hagam come agenzia di comunicazione sociale per lo studio del prodotto audiovisivo, costituendo uno staff interdisciplinare composto da psicologi, educatori professionali, esperti di comunicazione, operatori audiovisivi e, in una seconda fase, alcuni studenti della Consulta Studentesca. La domanda di partenza ineludibile e fondamentale per il gruppo di studio si è incentrata sulla possibilità di creare un prodotto che fosse fruibile dal target giovanile quanto un qualsiasi prodotto di entertainment. Si voleva in questo senso superare la resistenza da parte del target individuato di fruire in maniera attiva di contenuti legati

alla promozione della salute e alla prevenzione dei comportamenti a rischio connessi all'uso di sostanze psicotrope, più volte riscontrata nelle diverse esperienze preventive degli operatori del Dipartimento Dipendenze come in altre iniziative promosse da operatori sociali afferenti ad altri enti.

Già in progettazioni precedenti questa attenzione e tensione aveva informato gli approcci di intervento con l'utilizzo di strategie di comunicazione tra pari e l'ausilio di linguaggi legati al mondo dell'arte o del multimedia, ma rimaneva ancora la percezione netta di un gap nella capacità di penetrazione di prodotti sociali e un prodotto commerciale qualsiasi rivolto ai giovani.

Ci si è trovati quindi di fronte alla necessità di mettere in atto un vero e proprio esperimento di marketing per trovare la modalità più idonea per avvicinare il prodotto al pubblico e viceversa, rendendo desiderabile il primo e desiderante il secondo. L'esperimento era reso ancora più complesso da due fattori:

1. Il marketing sociale, per definizione, non ha nel prodotto l'oggetto di comunicazione, ma è teso più a creare mutamenti nel sistema di valori, rappresentazioni e comportamenti. Conseguentemente, la comunicazione sociale pone "maggiormente l'enfasi sulla proposizione di idee, di prodotti intangibili che afferiscono più al mondo dell'ideologia e dei sentimenti che a quello materico"¹.

2. Il marketing sociale sino ad oggi si è orientato prevalentemente su una scarsa considerazione dei mutamenti e delle esigenze del pubblico, dando in qualche modo per scontato che sia il pubblico ad adattarsi alla propria "offerta" piuttosto che il contrario.

Riguardo il primo fattore, la criticità è data dal fatto che è difficile proporre informazioni, valori, indurre comportamenti presso un target cresciuto in una pedagogia del consumo di beni, oggetti, prodotti. Difficile competere con prodotti capaci di sedurre un target che chiede solo che vengano soddisfatti bisogni secondari legati al divertimento, al benessere, competere con oggetti pronti all'uso o al consumo, capaci di azzerare la "fatica" di procurarsi il prodotto, ormai a portata di click.

La comunicazione, la pubblicità "profit oriented", gode non tanto della capacità di interpretare e rispondere a questi nuovi bisogni, quanto di aver creato un processo culturale capace di generare, formare il proprio pubblico, e di aver utilizzato in tal senso tutte le potenzialità comunicative offerte dai

media e dalla tecnologia. La comunicazione sociale, invece, non può contare, nella maggior parte dei casi, su una preesistente base di consenso o neutralità da parte del target, ma si muove su un terreno più arduo perché promuove idee e valori, comportamenti da seguire o da evitare. Questo diventa ancora più difficile quando si tratta di rimuovere modi di fare legati a quei prodotti quali alcol, droghe che sono di per sé portatori di autogrificazione, usati per premiarsi, rilassarsi, sentirsi felici, superare difficoltà. Insomma il desiderio, che è una risorsa per la pubblicità commerciale, è un ostacolo da superare o con cui venire a patti per quella sociale². Come dire: se la comunicazione commerciale punta sull'atto d'acquisto, che è immediatamente premiante in quanto consente di accedere ad un bene desiderato, la comunicazione sociale deve spingere il soggetto ad un'azione che implica rinuncia e sacrificio.

In tal senso bisogna far tramontare a livello epistemologico una concezione della comunicazione sociale come “non product”, ovvero “comunicazione che non ha per oggetto prodotti” o comunicazione persuasoria non avente finalità commerciali³. Anzitutto perché si tratta di definizioni costituite essenzialmente da negazioni, capaci di dire ciò che escludono, ma non ciò che comprendono.

Allo stesso modo va superato il registro moralistico e doveristico più frequentemente usato dalla comunicazione sociale, sovente respinto o difensivamente rimosso da un destinatario come l'adolescente, che mal tollera e respinge prediche e sensi di colpa, come viene confermato da una ricerca condotta negli anni '90 dal centro studi Pubblicità e progresso-IULM proprio sui vissuti degli italiani rispetto ai messaggi di pubblicità sociale, laddove emerge in modo inequivocabile la richiesta crescente di “drammatizzazione” e utilizzo di codici “happy end”.

Quanto al secondo fattore, ovvero la necessità di sintonizzarsi sulle esigenze e i mutamenti del pubblico di riferimento, esistono due possibili posizionamenti: vi sono aziende *product-oriented* che considerano la propria produzione come un dato di fatto e cercano di convincere il pubblico ad accettarla, e aziende *marketing-oriented* che adeguano la propria produzione ai gusti e al desiderio del pubblico, ne seguono i mutamenti, incoraggiano i consumatori non solo a soddisfare con i prodotti i propri bisogni, ma anche a caricare l'atto del consumo dei propri desideri⁴.

Oggi l'azienda sociale può raccogliere la sfida di spostarsi dalla prima alla seconda opzione, a patto di assumere che l'educazione alla salute di per sé

non è ancora un prodotto e che soprattutto non può essere imposta al target di riferimento. Piuttosto, l'educazione alla salute e la prevenzione possono diventare un'area di mercato sociale capace di produrre prodotti sociali, progettati per essere nel contempo appetibili e capaci di modificare comportamenti, atteggiamenti o cultura.

Pensare alla prevenzione dei comportamenti di abuso di sostanze stupefacenti come ad un "prodotto" significa in qualche modo effettuare un esperimento concettuale che porti ad una migrazione da una retorica della comunicazione sociale, che insiste su codici prescrittivi e informativi, verso una retorica tipica della comunicazione commerciale. Intendiamo, in questo senso, una genesi ibrida del prodotto per renderlo capace di essere portatore della costellazione di valori, propri dell'educazione alla salute, in un sistema di aspettative di un target culturalmente predisposto a consumare soltanto ciò che è appetibile, divertente, immediatamente fruibile.

I comportamenti, gli atteggiamenti, i valori propri di un processo preventivo in un approccio di marketing sociale non possono essere proposti in quanto tali, ma nell'essere proposti debbono necessariamente incidere sulle resistenze o barriere socioculturali e psicologiche del target.

STUDIO DEL TARGET

Un altro passaggio fondamentale per lo staff di progetto è stato quindi quello di analizzare il target di riferimento, ovvero fondamentalmente le rappresentazioni rispetto al tema proposto e le propensioni rispetto alla fruizione dei media e delle tecnologie. Del resto è questo uno dei passaggi chiave del marketing sociale, la cui filosofia chiave è proprio l'orientamento al "consumatore", quindi conoscere quanto più è possibile su di esso, sviluppando iniziative con il target piuttosto che per il target (Roberta Natucci, Roberto Della Cerra).

Il prodotto WC Show ha come target quello dei giovani nella fascia di età 14/19 anni, riconducibili agli studenti delle scuole medie superiori. Un primo dato di partenza assolutamente interessante, che caratterizza questo macro segmento di popolazione è la considerazione che le sostanze stupefacenti non sono mai state così facilmente raggiungibili dai giovani, e non solo, come negli ultimi 15 anni. Tra le molteplici cause capaci di determinare un simile fenomeno una su tutte appare particolarmente strategica: l'azione di un marketing delle *droghe molto sofisticato*, sempre

più simile a quello della grande distribuzione che poggia sull'abitudine ormai consolidata di acquistare ciò che il marketing propone. Oggi la droga riesce ad arrivare anche a chi in partenza non avrebbe voglia né bisogno di prenderne. Un po' come quando si va al supermercato per comprare uno spazzolino ma poi si arriva alla cassa col carrello pieno. E' un mondo per tutti, che funziona ventiquattr'ore al giorno come Internet: una rete decentrata in cui chiunque può diventare contemporaneamente consumatore e spacciatore⁵.

Riccardo Gatti sostiene che oggi le droghe sono un bene di consumo e vengono acquistate per ciò che rappresentano: a quattordici anni si compra lo sballo, nell'adolescenza l'adrenalina, attorno ai trenta si cerca di aumentare la prestazione, più avanti di non perderla. Questa capacità di rispondere a bisogni differenti in momenti differenti determina l'avanzamento di un mercato che vede come propri promotori i colleghi, gli amici, i compagni di scuola, ovvero soggetti che, nel tempo libero, lavorano per la criminalità organizzata senza nemmeno averne consapevolezza.

I ragazzi dimostrano quindi di muoversi con estrema disinvoltura nel mondo delle sostanze: sanno come procurarsele in breve tempo, ne conoscono bene gli effetti, ma meno i rischi e tendono di conseguenza a minimizzare i rischi tanto per la propria salute quanto per gli aspetti legali legati al consumo e al micro spaccio.

Le ricerche del progetto ESPAD della Comunità Europea e dell'Osservatorio Permanente sui Giovani forniscono un quadro abbastanza preciso sulle rappresentazioni sociali del target giovanile relative alle droghe:

- le droghe leggere sono diverse dalle droghe pesanti: se le prime sono considerate tanto innocue quanto diffuse, le seconde vengono definite senza mezzi termini come pericolose e da bandire. La rappresentazione risulta contraddittoria quando si passano in rassegna sostanze precise quali l'ecstasy e l'alcool perché percepite come ricreative e con rischi contenuti;
- è la dipendenza fisica ad essere percepita come il rischio più importante;
- l'alcol è vissuto come una componente fondamentale della dimensione dell'incontro, del divertimento, dell'evasione e della disinibizione;

- il mondo adulto è distante, perché poco competente e poco disponibile a confrontarsi su aspetti relazionali o affettivi e più propenso a dispensare consigli e prescrizioni.

Da un punto di vista quantitativo, è stato preso in considerazione il 6° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza realizzato da Eurispes e Telefono Azzurro, in particolare per i dati interessanti su come gli adolescenti fruiscono dei media e delle nuove tecnologie.

Dal rapporto emerge come la televisione, pur con qualche flessione riconducibile all'avanzare dei nuovi media, rimanga largamente consumata dai giovani: il 51,2% dei ragazzi intervistati, la metà del campione, guarda la televisione da 1 a 3 ore al giorno; il 19,3% la segue invece per meno di un'ora, il 12,8% da 3 a 5 ore, il 10,1% non guarda la televisione tutti i giorni, il 5% la segue per più di 5 ore al giorno.

I dati rilevati confermano la grandissima diffusione del computer fra i ragazzi: l'89,4% sa utilizzarlo, mentre un 9,8% di ragazzi rimane ancora penalizzato da un analfabetismo informatico. Il computer, in questo senso, appare come lo strumento più versatile per fruire di contenuti multimediali: dalla musica ai video scaricati da internet, ai lettori multimediali per fruire di dvd e cd rom.

LINEE DI PRODOTTO

Queste premesse teoriche e le considerazioni derivanti dallo studio del target hanno informato l'ideazione e la progettazione di WC-Show, che ha così acquisito precise linee guida:

- sollevare in modo inaspettato e provocatorio l'attenzione sul tema delle sostanze stupefacenti e, soprattutto, sui comportamenti connessi all'uso e all'abuso da parte delle nuove generazioni;
- facilitare un atteggiamento critico sul tema;
- essere appetibile e facilmente fruibile dal target giovanile;
- formare il bisogno di acquisire informazioni di carattere cognitivo sul tema;

- ❑ consentire un buon livello di interazione e partecipazione del target;
- ❑ superare la retorica prescrittiva e informativa a vantaggio di un approccio più ironico;
- ❑ prestarsi come strumento didattico per educatori e insegnanti: migliorare e facilitare la comunicazione e la relazione tra adulti e adolescenti;
- ❑ utilizzare codici linguistici ed estetici vicini al target giovanile;
- ❑ utilizzare come veicolo di comunicazione i media più diffusi presso i giovani, quali la televisione e il computer.

IL BRAND WC SHOW

Stabilite le linee guide del prodotto sono stati poi tracciati gli elementi che andassero a definirlo e dargli forma: il concept, il naming, l'approccio comunicativo, il brand.

Il concept, ovvero l'idea creativa che informa il prodotto e che ne determina il format e la sua comunicazione, per definizione, sta nella mente di chi progetta un prodotto, nella sua vision che determina quale forma potrà prendere, lo stile estetico, le reazioni che dovrà suscitare presso il target interessato, le emozioni che andrà a sollecitare e gli obiettivi che dovrà raggiungere. Potremmo definirlo un concepimento creativo, che ha bisogno di più genitori che amorevolmente curino ogni dettaglio per far nascere ciò che prima non esisteva, immaginarne il volto e il carattere, il nome, il sostegno di base e, infine, quando dovrà prendere il proprio percorso in parte progettato, ma fatalmente imprevedibile.

Il prodotto preventivo doveva avere sicuramente come caratteristica la capacità di sovvertire una prospettiva di osservazione del fenomeno, quindi proporre un angolo di visuale dalla parte dei ragazzi e non degli adulti. Per l'adolescente, come è noto, è fisiologico creare degli spazi di autonomia e di auto-definizione in apparente cesura con gli adulti. Per questo i ragazzi individuano luoghi fisici e metaforici dove sperimentare la loro nuova condizione, dove giocare la propria scommessa di "diventare grandi": spazi e contesti come la propria stanza, il garage, la piazzetta, i locali, i bagni della scuola. In questi luoghi e non luoghi sviluppano e mettono alla prova nuovi modi di relazionarsi con i propri pari, mettono in scena maschere e identità differenti, sviluppano un proprio linguaggio, una sorta di slang, un codice

accessibile solo ai propri coetanei, fatto di parole gergali, talora volgari, di modi di dire sincopati che evolvono rapidamente. L'adulto è messo alla porta e qualsiasi forma di intrusione andrebbe incontro ad una inevitabile espulsione.

Individuato lo spazio più curioso e originale, il nostro concept era dunque semplice e definito: studenti delle scuole medie superiori all'interno dei bagni della scuola osservati attraverso un occhio indiscreto posto dietro lo specchio dei bagni di una scuola come tante. Una simile prospettiva di osservazione degli adolescenti consentiva di mostrare quei comportamenti e atteggiamenti che gli adulti paventano o che semplicemente vorrebbero conoscere per meglio comprendere i propri ragazzi.

Immediatamente collegato alla definizione del concept si è posto il problema del naming come requisito fondamentale del prodotto e caratteristica essenziale di un brand di successo. In tal senso, il nodo da sciogliere era l'individuazione di un nome facile e intuitivo, in grado di far ricordare il prodotto e che al tempo stesso fosse capace di esprimerne le peculiarità, il carattere. Il concept di studenti in azione nel bagno della scuola, esposti inconsapevolmente ad un occhio nascosto ha portato presto a "WC Show" come nome del prodotto, letteralmente esposizione/spettacolo nei bagni, laddove "show" dichiara la continuità con il mondo dello spettacolo e televisivo, rimandando ad un immaginario preciso, mentre "Wc" rappresenta l'elemento di discontinuità, di rottura, poco appetizing, ma sufficientemente provocatorio e voyeuristico.

La vision, sempre più nitida, veniva così rinforzata dal nome: già sembravano comparire dal fondo del bagno ragazzi allegri o sconsolati, prima di un compito in classe o di un'interrogazione, il lunedì mattina o l'ultima ora del sabato per organizzare una serata di divertimento.

Così come più chiari si stagliavano i volti degli spettatori: scandalizzati quelli degli adulti, divertiti quelli dei ragazzi, ma entrambi comunque curiosi e attaccati al video.

Tappa successiva nella costruzione del brand Wc Show è stato lo studio del logo e del marchio, progettati per essere riprodotti in ogni dimensione, su qualsiasi supporto (la carta e il web, il video o i gadget) mantenendo lo stesso grado di riconoscibilità. La creazione del brand è fondamentale in un progetto di marketing: oggi il mercato non vende tanto prodotti quanto e soprattutto marche, i valori, l'immaginario e le emozioni connesse ad un

brand. Anche chi non fruisce di un prodotto ne conosce il brand, con le caratteristiche e lo stile che ne determinano la peculiarità. Prima arriva il brand a creare bisogni e aspettative nuove e inaspettate, anche per prodotti di uso comune, poi si accede eventualmente alla fruizione del prodotto.

Il logo WC Show, ovvero la stesura grafica del nome, simula una scritta murale mentre il marchio WC Show riproduce la comune segnaletica delle toilette pubbliche con una citazione alle luci della ribalta. E' sempre stato chiaro allo staff di progetto che diverso era proporre un "materiale didattico sulle droghe" rispetto al proporre "WC Show": una nuova sit-com cult o reality show nei bagni della scuola.

Il concept, il naming e il brand conferiscono a WC show un approccio comunicativo innovativo nell'ambito della comunicazione sociale. Infatti quando quest'ultima si cimenta con le tematiche che riguardano il mondo giovanile utilizza quasi sempre strategie per persuadere sui comportamenti di tutela della salute o della condizione di vita, insistendo su approcci che tendono a drammatizzare e stressare i messaggi. Così come accade spesso che in educazione sanitaria si insista sul fornire una grande quantità di informazioni, un'inflazione informativa che poggia sul falso assunto che la conoscenza influenzi di per sé gli atteggiamenti. Si trascurano in questo modo tutti i fattori intervenienti in adolescenza, quali l'immagine di sé, l'attitudine al rischio come rito di passaggio per l'ingresso nell'età adulta, il senso di invulnerabilità, la funzionalità psicologica nell'omologazione al gruppo dei pari, tutte spinte psicologiche che determinano una separazione tra gli aspetti cognitivi (la droga fa male) da quelli emotivi (la droga è una sballo).

LA COMUNICAZIONE TRA PARI

L'approccio di WC Show vuole valorizzare invece le esperienze di comunicazione orizzontale dove i giovani diventano i protagonisti di una riflessione aperta sulla propria condizione, insistendo su toni più ironici che drammatici, più seri che seriosi. L'esito che ne deriva non è certo quello di individuare dei messaggi o degli slogan autoconclusivi, ma semmai di aprire domande e spunti di riflessioni.

La genesi del prodotto richiedeva a questo punto altri attori: non solo esperti di comunicazione e operatori sociali ma i ragazzi stessi o

quantomeno un gruppo sperimentale da coinvolgere come “trend setter”, segugi delle tendenze giovanili, capaci di autorappresentare il proprio mondo attraverso codici e linguaggi non alla portata diretta degli adulti. Metodologicamente questa scelta richiedeva un laboratorio preliminare per studiare la sceneggiatura.

Proprio il laboratorio strutturato come focus group è diventata una tappa fondamentale del percorso. Un gruppo di giovani è stato formato in un laboratorio sui contenuti relativi alle sostanze stupefacenti e ai comportamenti connessi all’uso ed abuso, così come sulle diverse strategie di comunicazione e sul linguaggio audiovisivo. Alcuni si sono cimentati nella scrittura dei testi degli episodi, altri nella recitazione, altri ancora nella rielaborazione dei messaggi informativi. In questa fase sono stati analizzati con i ragazzi i format rivolti al target giovanile messi in onda dalle tv generaliste e da quelle satellitari, andando ad individuare le ultime tendenze: dal reality show, alla sit-com, dal cartoon al video clip.

La fase produttiva vera e propria ha avuto così il compito non facile di rispettare tutte le aspettative di appetibilità, facilità di “consumo”, spettacolarità che lo staff di progetto aveva costruito attorno al prodotto. Il livello di produzione audiovisiva doveva uscire dalla dimensione di “video amatoriale fatto con i ragazzi”, e rispettare i requisiti televisivi che rappresentano lo standard delle emittenti nazionali, pena il venir meno di quell’appeal che è capace di catalizzare l’attenzione del pubblico giovanile. Wc Show si è quindi dotato di tutte le figure per la produzione: l’autore televisivo per la definizione del format e la verifica della sceneggiatura, lo scenografo per ideare e realizzare l’ambiente di ripresa, il regista e il direttore di fotografia per la qualità dell’immagine, quindi il fonico, il truccatore, il direttore di produzione, mentre in fase di post-produzione il montatore, il motion designer per la videografica, il musicista per la sonorizzazione e la creazione di sigle e stacchi musicali. Non da ultimo si è scelto di avere nel prodotto una *guest star* d’eccezione che ha visto, nel ruolo del bidello, un attore e cabarettista di professione che da anni lavora in trasmissioni di successo nelle reti Rai e Mediaset.

Il forte investimento sulla dimensione spettacolare non ha mai fatto perdere di vista l’obiettivo didattico del prodotto che doveva rimanere comunque un materiale di formazione che, oltre alla consultazione da parte dei ragazzi, potesse offrire agli insegnanti e agli educatori un supporto per la didattica in materia di prevenzione dei comportamenti a rischio connessi all’uso di sostanze stupefacenti. Quindi, per certi versi, se il target giovanile

rimane quello elettivo, il target degli insegnanti ha più un ruolo di mediatore del prodotto. Ecco perché il supporto ideale del prodotto è stato individuato nel Dvd home edition, inserito in un *javel case* completo di una “guida all’uso” cartacea che tanto nella forma (inserita nel pack) quanto nei contenuti risulta come parte integrante dei tre episodi presenti sul DVD. Alla parte audiovisiva è stato consegnato l’obiettivo di sollecitare l’attenzione dei ragazzi sull’argomento prescelto, aprendo spunti di possibile dibattito e approfondimento sui comportamenti e gli atteggiamenti dei protagonisti, oltre che curiosità su alcuni aspetti informativi specifici riguardanti le droghe. La guida invece è rivolta agli insegnanti per svelare le trame interne dell’audiovisivo, i percorsi e le applicazioni didattiche, sintesi e riferimenti per gli approfondimenti tematici.

DISTRIBUZIONE E PROMOZIONE

Posto che non si poneva la questione del pricing del prodotto, essendo il progetto totalmente no-profit e finanziato dal Ministero del Welfare, gli ultimi elementi di analisi del marketing mix (prodotto, prezzo, piazzamento, promozione) presi in considerazione sono stati quelli della distribuzione, o piazzamento, e della promozione.

Quanto alla distribuzione, il problema da affrontare era come raggiungere nel modo più agevole e rapido il target delle scuole medie superiori di tutta Italia senza compromettere il ruolo di mediazione degli insegnanti. Come appare da subito evidente si tratta di una popolazione troppo ampia per poter essere coinvolta in maniera omogenea. Si è scelto pertanto di seguire una distribuzione differenziata: per la provincia di Varese, che aveva nell’ente locale di riferimento il coordinatore dell’intero progetto, sono stati organizzati appositi incontri di presentazione realizzati con il supporto organizzativo del Coordinamento Provinciale InformaGiovani e con la partecipazione di esperti che hanno composto lo staff del progetto WC Show. Sul territorio nazionale la diffusione del prodotto è stata curata invece dall’Istituto Superiore di Sanità. Questo tipo di procedura ha consentito di garantire una distribuzione capillare di WC Show, anche se va detto che, in un caso o nell’altro, il prodotto è stato distribuito solo agli istituti interessati che ne hanno fatto esplicita richiesta, anche per evitare il problema dell’overload di materiali didattici su contenuti extrascolastici che investono sempre più il corpo docente.

Se la distribuzione ha utilizzato dei canali istituzionali a vantaggio degli insegnanti, la promozione ha seguito percorsi alternativi maggiormente rivolti ai giovani. Si è scelta così una promozione “belove the line”, ovvero un advertising che non usa canali convenzionali quali la stampa, radio e tv: Wc Show più che autopromuoversi ha creato le condizioni per “far parlare di sé”, attraverso una strategia virale veicolata dal web. Il Viral marketing sfrutta i meccanismi di propagazione tipici dei virus, entità che si auto-perpetuano e si auto-propagano in maniera esponenziale, generando vere e proprie epidemie. Una simile operazione identifica solamente le persone maggiormente interessate ad un particolare messaggio veicolandolo in una maniera rilevante per loro e fornisce il messaggio in modo che le persone siano incoraggiate a dividerlo con gli altri. Con l'aiuto dei ragazzi che hanno partecipato al progetto si è creata un'azione di teasing, immettendo in blog, chat e forum di siti studenteschi, la notizia dell'imminente lancio di una nuovo reality nei bagni della scuola. Successivamente è stato messo in rete il trailer di Wc Show e il tam tam è arrivato infine laddove si voleva: la notizia è stata ripresa dalle grandi testate on-line dai Tg delle reti Rai, che risalendo al progetto hanno dato visibilità all'iniziativa.

BIBLIOGRAFIA

1. G.Fabris, *La pubblicità teorie e prassi*, Franco Angeli, Milano 2006).
2. U.Volli, “Falsi amici: testi e strutture nella pubblicità sociale e in quella commerciale” in Aa.Vv., *OCCS. Primo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*, Roma Rai-Eri, 2005)
3. Def. di G.Fabris, *la comunicazione pubblicitaria*, Etas-Kompass,m Milano 1968
4. A.Testa, *La parola Immaginata* – Milano: Pratica Editrice, 2000).
5. Alessandro Calderoni ha scritto 'Sopra le righe'(Aliberti Editore 2005), un libro-inchiesta sulle ultime evoluzioni della rete italiana degli stupefacenti.).