

Il riconoscimento delle differenze individuali come risorsa per la health communication

Lucrezia Ferrante

Abstract Le attuali politiche sanitarie volte alla promozione del benessere mirano a sostenere, presso la popolazione, la capacità di prendersi cura attivamente della propria salute mediante l'offerta di risorse, concepite in termini non solo di sussidi e servizi, ma anche di conoscenze e informazioni. Un'attività riconosciuta centrale per la promozione della salute è la comunicazione in ambito sanitario (*Health Communication*), le cui teorie e pratiche riguardano la relazione tra health-care provider e paziente, l'educazione sanitaria e le strategie di diffusione di informazioni riguardanti la salute.

La tesi che verrà sostenuta in questa sede è che, affinché risultino efficaci, i programmi di promozione della salute, prevenzione e riduzione del danno nell'ambito della *Health Communication* debbano tener conto delle specificità dei destinatari (in termini, ad esempio, di caratteristiche, bisogni, credenze, aspettative) e che, dunque, nessuna azione e tecnica comunicativa può riuscire nello scopo di sostenere la committenza dell'individuo-cittadino sulla presa in carico della propria salute, procedendo "malgrado" le sue specificità. In particolar modo approfondiremo l'ambito dei comportamenti a rischio (es. fumo, abuso di alcol, gioco d'azzardo), da sempre al centro dell'attenzione delle politiche della salute e del benessere e degli specialisti del settore, in quanto annoverate tra le principali cause di morbilità e morte evitabile, soprattutto tra i giovani (Kann, 2016), e considereremo l'apporto della *Health Communication* nei programmi di prevenzione e riduzione del danno, con riferimento all'approccio noto come *tailored communication*.

La *tailored communication* consiste in una particolare forma di comunicazione basata sull'utilizzo delle informazioni su un dato individuo per determinare quale contenuto specifico egli riceverà (Kreuter, 1998). Il messaggio è elaborato per raggiungere una persona specifica sulla base di caratteristiche che la differenziano dagli altri, che non si esauriscono nei fattori demografici, ma che vengono considerate segno dei pattern cognitivi e comportamentali che influenzano le decisioni e le azioni che essa intraprende rispetto alla propria salute (Kreuter, 1998). Pertanto, l'approccio *tailored* richiede un'accurata fase di assessment, così da ricavare informazioni sulle variabili sulla base delle quali differenziare il

messaggio; generalmente, per tale processo si ricorre alle nuove tecnologie e ad Internet, in modo da garantire accessibilità e accuratezza.

Numerosi sono gli esempi di programmi che si sono avvalsi della *tailored communication* per l'intervento sui comportamenti a rischio, quali ad esempio l'uso di alcol (e.g. Walters & Neighbors, 2005), di tabacco (e.g. (Dijkstra, 2005) e il gioco d'azzardo (e.g. Canale et al., 2016). L'aspetto significativo che emerge da questi studi è che ricevere un messaggio 'su misura', come feedback a seguito del processo di assessment, favorisce la riduzione dei comportamenti a rischio. Un feedback 'su misura' può ad esempio includere dati sui propri consumi recenti e il proprio livello di rischio, i costi e le conseguenze sostenuti, le motivazioni che sostengono il proprio comportamento.

I risultati positivi ottenuti con l'adozione di tale approccio possono essere interpretati considerando che un messaggio 'su misura' in virtù della sua corrispondenza con le preferenze e i bisogni della persona viene percepito come più rilevante, sostiene una riflessione più profonda e implica maggiori probabilità di innescare un cambiamento.

1. Introduzione

Nella Carta di Ottawa del 1986, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la promozione della salute come "il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla". Il documento è ritenuto ancora oggi fondamentale nell'orientare le politiche sociali e sanitarie, le quali si propongono di individuare strategie che possano consentire agli individui e alle comunità di prendersi cura della propria salute. La Carta precisa, infatti, che:

“la Promozione della Salute appoggia lo sviluppo individuale e sociale, offrendo informazioni, assicurando l'educazione sanitaria e perfezionando le attitudini indispensabili alla vita. In tal modo, essa permette alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di fare scelte favorevoli ad una vita sana”.

L'attività di promozione della salute così proposta, dunque, riconosce l'individuo-cittadino come attore in grado di controllare la propria salute in prima persona, migliorandola, e prevede di sostenerlo mediante l'offerta di risorse, concepite in termini non solo di sussidi e servizi, ma anche di conoscenze e informazioni. Un'attività riconosciuta centrale per la promozione della salute è, dunque, la comunicazione in ambito sanitario (*Health Communication*). Con tale espressione si fa riferimento alle teorie e alle pratiche comunicative alla base: i) della relazione tra health-care provider e paziente; ii)

dell'educazione sanitaria; iii) delle strategie di diffusione di informazioni riguardanti la salute. Si tratta di un'area di studio multidisciplinare, nella quale convergono i contributi delle ricerche in sociologia, psicologia, medicina, psicologia sociale, antropologia e, ovviamente, comunicazione.

È ormai ampiamente riconosciuto che la qualità della relazione tra health-care provider e paziente influenza l'andamento del processo di cura. Come evidenziato dagli studi in tale ambito (i.e. Kaba & Sooriakumaran, 2007), nel corso dei decenni abbiamo assistito all'evoluzione dei modelli di relazione medico-paziente. Si parla di “modello paternalistico” (Gracia, 2003) per riferirsi alla concezione, prevalente fino a qualche decennio fa, di tale relazione come fondata sull'asimmetria: da una parte il paziente che ricerca aiuto e che si affida all'autorità professionale del medico, dall'altro il medico che, sulla base delle proprie competenze e conoscenze, decide quale sia il trattamento migliore per ripristinare il suo stato di salute o alleviare il suo disagio. Entro tale modello il paziente è concepito come fruitore passivo di informazioni e prescrizioni; il suo unico ruolo è seguirle. In contrasto a tale visione, più recentemente, si è affermato un nuovo modo di concepire la relazione medico-paziente, noto come “modello etico-contrattuale” (Gracia, 2003), che pone l'accento sul rispetto dell'autonomia del paziente e sul suo diritto all'autodeterminazione. Si tratta evidentemente di un modello che concepisce la relazione medico-paziente in modo più simmetrico; i due attori sono autonomi, uguali ed aventi il medesimo potere di negoziazione: ad esempio, il medico è sollecitato a fornire al paziente informazioni adeguate non solo sul suo stato di salute, ma anche sulle alternative terapeutiche possibili, in coerenza con il principio, già presente nella carta di Ottawa, dell'individuo-cittadino in grado di esercitare controllo sulla propria vita.

La riflessione sulle dinamiche relazionali tra health-care provider e paziente si intreccia con il tema della compliance, definita come “il grado con cui il comportamento della persona – ad esempio, prendere le medicine, seguire una dieta, cambiare il proprio stile di vita – corrisponde con le indicazioni concordate con la persona che provvede alla sua salute” (Sabaté, 2003). In tale concezione della compliance ritroviamo l'idea che le indicazioni terapeutiche siano “concordate”. Tuttavia anche i modi di intendere la compliance sono mutati nel corso del tempo: inizialmente, infatti, il paziente era chiamato ad un'incondizionata obbedienza alle prescrizioni del medico e, quindi, giudicato negativamente e colpevolizzato per inadempienza in caso di mancata compliance. È chiaro come tale visione sia in linea con la tradizione “paternalistica” sopra descritta, che vede il

paziente rispettare passivamente prescrizioni e istruzioni; oggi, invece, alcuni autori suggeriscono che sarebbe preferibile utilizzare il termine “aderenza”, che implica un coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all’attuazione del trattamento elaborando un consenso basato sull’accordo (Myers & Midence, 1998). Gli studi hanno evidenziato che il coinvolgimento attivo nella presa di decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere aumenta la probabilità che la persona si impegni ad aver cura di sé e mantenga tale impegno nel corso del tempo (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005).

Il riconoscimento del ruolo attivo dell’interlocutore investe anche gli altri due ambiti della *Health Communication*, quello dell’educazione sanitaria – intesa come trasmissione di conoscenze e buone pratiche entro specifici contesti di vita delle persone (scolastico, lavorativo, ricreativo, ecc.) – e quello delle campagne di prevenzione e promozione della salute, che mirano a sensibilizzare un numero più elevato possibile di persone mediante la diffusione di messaggi riguardanti la salute. In entrambi gli ambiti, la strategia comunicativa più “tradizionale” è di tipo esclusivamente informativo e unidirezionale: vede emittente (l’esperto della salute e del rischio) e i destinatari (la comunità) separati. Strategie più recenti, tuttavia, identificano i processi comunicativi come bi-direzionali e prevedono lo scambio di opinioni tra i diversi attori della comunicazione (Bucchi & Neresini, 2001). Per esemplificare, si pensi ai programmi di educazione sessuale a scuola: l’approccio più tradizionale prevedrebbe la presenza di un esperto e lezioni frontali; l’approccio bi-direzionale, invece, includerebbe il coinvolgimento più attivo dei partecipanti, con attività esperienziali e metodologie attive (es. role-playing, giochi analogici, tecniche psicodrammatiche), volte a sostenere l’ancoraggio alle conoscenze pregresse e ai bisogni.

Tra le riflessioni sollevate dagli studi e dalle pratiche della *Health Communication*, emerge un interrogativo: è sufficiente fornire informazioni esaustive per orientare gli individui e le comunità a prendere decisioni vantaggiose per la propria salute e il proprio benessere?

La tesi che verrà sostenuta in questa sede è che, affinché risultino efficaci, le politiche sanitarie di promozione della salute, prevenzione e riduzione del danno nell’ambito della *Health Communication* debbano tener conto delle specificità dei destinatari (in termini ad esempio di caratteristiche, bisogni, credenze, aspettative) e che, dunque, nessuna azione e tecnica comunicativa può riuscire nello scopo di sostenere l’implicazione e la committenza dell’individuo-cittadino sulla presa in carico della propria salute, procedendo “malgrado” la peculiarità delle domande, dei bisogni, dei sistemi di interesse e valore che lo caratterizzano.

Solo se ascoltato e riconosciuto nella sua peculiarità, l'individuo-cittadino potrà essere sostenuto nei processi di presa in carico della salute e del benessere proprio e della comunità di cui fa parte.

In particolar modo approfondiremo l'ambito dei comportamenti a rischio (es. abuso di alcol, abuso di sostanze, comportamenti sessuali non protetti), da sempre al centro dell'attenzione delle politiche della salute e del benessere e degli specialisti del settore, in quanto annoverate tra le principali cause di morbilità e morte evitabile, soprattutto tra i giovani (Kann, 2016), e considereremo l'apporto della *Health Communication* nei programmi di prevenzione e riduzione del danno, con riferimento agli approcci basati sul riconoscimento delle differenze individuali.

2. Comportamenti a rischio: quali le strategie?

Per “comportamenti a rischio” si intendono quelle condotte che possono compromettere il benessere della persona, sia direttamente che indirettamente: nel primo caso si parla di effetti “a breve termine”, in quanto si manifestano in maniera pressappoco immediata (ad esempio, avere un incidente stradale per aver guidato in stato di ebbrezza); nel secondo caso le conseguenze si presentano nel “lungo termine” (come nei casi di malattie del fegato connesse all'abuso di alcol). Tali effetti investono non solo la sfera della salute fisica, ma anche del benessere psicologico e sociale. Si pensi non necessariamente alla figura del tossicodipendente o dell'alcolista messo ai margini della società, ma anche ad esempio ai casi di gravidanza precoce, ai quali spesso fa seguito l'abbandono della scuola, con possibili conseguenze sul piano occupazionale futuro e non solo. Per tale ragione le condotte a rischio sono annoverate tra i fattori di rischio anche per l'insorgenza di disagio sul piano psicologico e sociale.

La *Health Communication* offre il proprio apporto all'ambito dei comportamenti a rischio individuando e implementando strategie di “comunicazione del rischio”. Ad esempio, una strategia diffusa nel campo dell'*Health Communication* è quella di informare sui rischi connessi ad una determinata condotta. Tale tipologia di programmi prevede che vengano trasmesse informazioni sulle possibili conseguenze negative di un determinato comportamento, assumendo che l'individuo prenda le sue decisioni guidato da logiche razionali (Karlsson, 2006); pertanto, se le persone vengono adeguatamente informate sui rischi, l'astensione da un certo tipo di condotta apparirà come la scelta più razionale da compiere (Botvin, Botvin & Ruchlin, 1998). In questa prospettiva, una possibile modalità

comunicativa è quella che prevede il riferimento alle statistiche. La definizione stessa di rischio prevede che esso consista nella probabilità di accadimento di un particolare evento negativo durante un arco di tempo definito, o come risultato di una particolare situazione critica (Adams, 1995), suggerendo che possa essere statisticamente previsto. Tuttavia, alcuni studi hanno sollevato dubbi circa l'efficacia di tale strategia, rilevando come il modo con cui vengono interpretati i dati statistici possa cambiare da persona a persona, oltre che in ragione di elementi formali, ad esempio in base al fatto che si utilizzino numeri o percentuali (Yamagishy, 1997), a come viene espressa la probabilità (in termini relativi o in termini assoluti, Gigerenzer, 2003) o al formato con cui vengono presentati i dati (grafici o numeri, Pighin, Savadori, Barilli, Cremonesi, Ferrari & Bonnefon, 2011).

Un'altra strategia piuttosto diffusa è quella dei *fear appeals*, o “appelli alla paura”, che consistono in un particolare tipo di messaggi che mirano a scoraggiare l'adozione di un determinato comportamento mostrandone gli effetti senza alcuna censura (si pensi alle immagini sui pacchetti di sigarette dei polmoni dei fumatori). Anche sull'efficacia di questo tipo di comunicazione esistono pareri discordanti (Witte & Allen, 2000), in quanto, accanto a casi di successo, vi è anche un numero rilevante di casi che mostra di non subire alcun tipo di influenza o per i quali il comportamento “rischioso”, più che scoraggiato, sembra esser addirittura favorito.

In generale, la discordanza nel modo con cui persone diverse stimano la probabilità di accadimento di un certo evento richiama alla distinzione tra rischio “oggettivo” e rischio “percepito”. È stato osservato come le persone differiscano rispetto a che cosa considerano rischioso, e in che misura, sulla base dell'influenza di diverse variabili sia di natura individuale che socioculturale (Bellotto & Zuliani, 2006), come l'appartenenza ad una certa categoria o gruppo sociale (ad esempio, gli uomini rispetto alle donne) o la cultura di appartenenza (ad esempio, in base alla visione del mondo e i valori di riferimento) (Geckova, van Dijk, Groothoff & Post, 2002; Harris, Jeckins & Glaser, 2006; per una review si veda Boholm, 1998).

Nella comunicazione del rischio, quindi, può non essere sufficiente evitare l'ambiguità e tener conto delle competenze dei destinatari e degli effetti di “framing”: le persone, infatti, possono anche riconoscere il pericolo di assumere un certo comportamento e tuttavia assumerlo sulla base del significato che esso assume, come ad esempio nel caso di alcune subculture di adolescenti, che adottano una determinata condotta come atto di “ribellione” nei confronti dell'autorità (Lightfoot, 1997). Le differenze negli esiti delle strategie di

comunicazione del rischio, quindi, potrebbero essere interpretate alla luce di una mancanza di accordo sia su cosa sia identificabile come rischio, sia sulla natura dei rischi accettabili (Beck, 1992; Cohn, 2016).

Ad esempio, alcuni studi che hanno considerato come cambia la percezione del rischio sulla base dell'età (i.e. Cohn, Macfarlane, Yanez & Imai, 1995), hanno riscontrato differenze rispetto alle conseguenze nelle quali si è disposti a incorrere: più precisamente, si rileva che presentare agli adolescenti gli effetti a lungo termine dei comportamenti a rischio (come malattie cardiovascolari in età adulta, cancro ai polmoni, problemi al fegato, ecc.) non sia una strategia molto produttiva, in virtù della tendenza a considerare il problema come lontano da sé. Per essi, dunque, sembrerebbe che l'informazione sugli effetti a breve termine (incidenti stradali, gravidanze indesiderate, ecc.) piuttosto che su quelli a lungo termine possa risultare più efficace.

Nel campo dei comportamenti a rischio, inoltre, non si può prescindere dal considerare le motivazioni, identificate in alcuni studi (e.g. Lyvers, Hasking, Hani, Rhodes & Trew, 2009) come fattore “prossimale”, cioè in grado di influenzare direttamente la condotta. A tal proposito, Cooper (1994) ha elaborato un modello sulle motivazioni alla base dell'uso di alcol che è stato applicato anche ad altri comportamenti a rischio, quali l'uso di Internet o il gambling (Marino, Vieno, Moss, Caselli, Nikčević & Spada, 2016; Stewart & Zack, 2008). Le motivazioni rintracciate sono definite “rinforzo” (sentirsi bene), “coping” (ridurre gli affetti negativi), “sociale” (stare in compagnia) o “conformismo” (adeguarsi al gruppo di appartenenza). Conoscere la motivazione sottostante ad un determinato comportamento implica riconoscere, ad esempio, che una persona fa uso di alcol per essere accettato da un gruppo vive la sua esperienza con l'alcol in maniera diversa da chi ricorre ad esso per alleviare un dolore.

In conclusione, dal breve e di certo non esaustivo excursus sulle possibili strategie comunicative presentate poc'anzi, emerge che le differenze inter-individuali nel modo di pensare, sentire e comportarsi, possono essere in grado di influenzare la sensibilità delle persone rispetto ai messaggi relativi alla propria salute (Orbell, Perugini & Rakow, 2004); riconoscerle apre quindi una sfida complessa nell'ambito della *Health Communication*, scardinando due principi cardine delle strategie di comunicazione del rischio sopra descritte: quello per cui sarebbe possibile individuare una strategia comunicativa efficace per tutta la popolazione e quello per cui l'informazione sulle conseguenze di un comportamento siano sufficienti a orientare gli atteggiamenti.

Nel prossimo paragrafo approfondiremo come il riconoscimento delle differenze individuali possa rappresentare una risorsa per la realizzazione di programmi di prevenzione e riduzione del danno efficaci.

3. L'approccio tailored

Nella parte introduttiva si è evidenziato come le attuali politiche sanitarie volte alla promozione del benessere mirino a sostenere, presso la popolazione, la capacità di prendersi cura attivamente della propria salute. Abbiamo altresì argomentato come il perseguimento di tale obiettivo richieda un cambiamento radicale della concezione dell'individuo-cittadino, considerandolo non più come destinatario passivo di informazioni e indicazioni, ma come attore che partecipa attivamente e in modo idiosincratico ai processi decisionali che investono la propria salute. Ciò implica che gli debba essere offerta la possibilità non solo di essere adeguatamente informato, ma anche di “concordare” un piano relativo alla propria salute che sia in linea con i suoi bisogni, motivazioni, valori e credenze. La committenza sulla propria salute e l'adozione di comportamenti congruenti richiedono strategie di *Health Communication* che siano in grado di procedere *a partire da*, non *malgrado*, la specificità degli interlocutori.

In tale direzione, una prospettiva risulta particolarmente promettente: la cosiddetta *tailored communication* (letteralmente “comunicazione su misura”). La *tailored communication* consiste in una particolare forma di comunicazione basata sull'utilizzo delle informazioni su un dato individuo per determinare quale contenuto specifico egli riceverà (Kreuter, 1998). È noto che essa viene largamente applicata nel campo del marketing: si pensi, ad esempio, ai algoritmi che su Internet consentono la comparsa di pubblicità in linea con le nostre precedenti navigazioni; il risultato è che le informazioni nelle quali ci imbattiamo incontrano i nostri bisogni, interessi, preoccupazioni del momento e pertanto catturano il nostro interesse e possono risultare più convincenti. Tali strategie sono utilizzate anche nell'ambito della *Health Communication* per promuovere il benessere delle persone e migliorare le loro abitudini alimentari, aiutarli a smettere di fumare, a gestire lo stress, e così via. Nel caso della relazione tra l'health-care provider e individuo, uno dei tre campi di interesse della *Health Communication*, il primo raccoglie informazioni sul secondo e utilizza tali informazioni per proporre il piano d'azione più adeguato per quel particolare individuo, tenendo conto delle sue specifiche caratteristiche. Matthew Kreuter, autore del libro “Tailoring Health Messages” (1998), immagina il caso di un signore affetto da colesterolo al

quale vengono presentati da parte del proprio medico due opuscoli: il primo offre indicazioni generali su buone pratiche da seguire per tenere sotto controllo il proprio colesterolo, il secondo offre indicazioni su come fare la spesa, aggiungendo “poiché di solito sei tu che te ne occupi”, o su come controllare le etichette del cibo, “visto che sembrerebbe che non sia tua abitudine farlo”. Nel secondo caso le indicazioni vengono fornite sotto forma di feedback a ciò che è emerso nel corso delle interazioni medico-paziente e in questo senso il piano proposto è un piano “su misura”.

Tale forma di individualizzazione dei messaggi relativi alla salute viene impiegata non solo nella comunicazione interpersonale health-care provider-paziente, ma anche nei programmi di educazione sanitaria e nelle strategie di diffusione delle informazioni riguardanti la salute. Secondo Kreuter (1998), pioniere dell’approccio *tailored*, anche in questi due ambiti, avvalendosi di una fase iniziale di *assessment*, è possibile realizzare messaggi “su misura”, in quanto la raccolta di informazioni sul destinatario consente di ricavare le variabili sulla base delle quali differenziare i messaggi da trasmettere.

L’individualizzazione dei messaggi rappresenta un notevole passo in avanti rispetto alle forme di comunicazione indifferenziata (definite *generic communication*), le quali non si avvalgono di alcuna forma di *assessment*. L’approccio *tailored* va distinto, inoltre, sia dalla semplice personalizzazione dei messaggi sia rispetto alla cosiddetta *targeted communication* (e.g. Hawkins et al., 2008). Nel caso della personalizzazione il messaggio è preceduto dal nome della persona a cui è indirizzato (ad esempio, “Caro Mario Rossi”), ma rimane identico per tutti i destinatari. La *targeted communication*, invece, prevede che i messaggi vengano mandati solo a segmenti di popolazione specifici, che vengono generalmente differenziati sulla base di fattori sociodemografici (ad esempio, l’età e il genere). In quest’ultimo caso il messaggio, però, resta uguale per tutti coloro che appartengono a quello specifico segmento di popolazione. Nel caso della *tailored communication*, invece, il messaggio è elaborato per raggiungere una persona specifica (proprio come un abito cucito “su misura”) sulla base di caratteristiche che la differenziano dagli altri, che non si esauriscono nei fattori demografici, ma che vengono considerate segno dei pattern cognitivi e comportamentali che influenzano le decisioni e le azioni che essa intraprende rispetto alla propria salute (Kreuter, 1998). Inoltre, con la comunicazione “su misura” è potenzialmente possibile raggiungere l’intera popolazione pur differenziando il messaggio. Da qui, l’importanza di un’accurata fase di *assessment* e dell’utilizzo delle nuove tecnologie e di Internet.

Infatti, negli ultimi decenni, grazie alla diffusione delle nuove tecnologie (telefonia mobile e computer) e dell'accesso ad Internet, è diventato relativamente semplice soddisfare la necessità di ricavare informazioni sulle variabili che fungono da chiave per la differenziazione dei messaggi. In particolar modo, nell'ambito degli interventi *tailored* sui comportamenti a rischio, sono state proposte diverse strategie che si avvalgono delle nuove tecnologie, in primis il computer e i dispositivi mobili (per una review si veda Danielsson, Eriksson, & Allebeck, 2014), e più recentemente delle applicazioni su smartphone. L'approccio *tailored*, infatti, può avvalersi di algoritmi che facilitano l'attuazione di tali programmi in termini sia di accessibilità che di accuratezza. Alcuni autori hanno evidenziato altri potenziali benefici degli interventi *computer-based* e *Internet-based* rispetto agli interventi face-to-face: benefici economici (vantaggiosa riduzione dei costi), ma anche psicosociali, come la possibilità di superare il timore di essere "stigmatizzati" dopo aver fornito informazioni sensibili e/o personali (Taylor & Luce, 2003) e, quindi, di ridurre i bias di desiderabilità sociale che inficiano tipicamente le misure self-report (Hester & Miller, 2006). Altri aspetti potenzialmente in grado di aumentare il potere attrattivo dei programmi *technology-based* e *web-based* sono, ad esempio, la possibilità di usufruire di materiali multimediali, di giochi e di simulazioni virtuali e l'opportunità di ricevere e-mail con indicazioni e feedback "su misura" a cadenza regolare, aspetti che si sommano al vantaggio di accedere al programma in qualsiasi momento e da qualsiasi luogo. Quest'ultimo aspetto rappresenta un valore aggiunto in quanto permette di aumentare il grado di coinvolgimento delle persone, con effetti positivi sull'aderenza ai programmi (Larimer & Cronce, 2007).

Diversi studi (per una review si veda: Noar, Benac, & Harris, 2007) hanno evidenziato come la *tailored communication* possa risultare una strategia vincente: i messaggi "su misura" attirano maggiore attenzione, sono elaborati più accuratamente, contengono meno informazioni ridondanti e sono percepiti in maniera più positiva (e.g. Kreuter & Wray, 2003; Williams- Pichota, Schneider, Pizarro, Mowad, & Salovey, 2003), in linea con il modello ELM di Petty e Cacioppo (1984). Secondo tale modello, un'informazione percepita come personalmente rilevante viene elaborata con maggiore cura e ha maggiori possibilità di innescare un cambiamento nell'atteggiamento. La rilevanza, più precisamente, è data dalla corrispondenza con gli schemi cognitivi e comportamentali che influenzano le decisioni e le azioni riguardanti la propria salute, come le motivazioni, le credenze, le emozioni.

Molti sono gli esempi di programmi basati su un approccio *tailored* per l'intervento sui comportamenti a rischio. In generale, il messaggio *tailored* consiste nel feedback che viene offerto a seguito del processo di assessment e, nei casi in cui è previsto, durante e/o a fine dell'intervento. In un interessante studio (Dijkstra, 2005) riguardante un programma per smettere di fumare, è stato possibile mettere a confronto diverse tipologie di approcci, tra i quali l'approccio *tailored*. Più precisamente, i partecipanti sono stati assegnati a quattro condizioni diverse: (1) standard (ricevevano informazioni generali sul fumo) (2) personalization (le informazioni erano precedute dal nome del partecipante) (3) adaptation (le informazioni sul rischio erano differenziate sulla base del genere) (4) feedback (il partecipante riceveva il proprio profilo personale). In quest'ultimo caso, il messaggio era indirizzato ad uno specifico partecipante ed era formulato sulla base delle risposte che egli aveva fornito in fase di assessment (ad esempio, "dalle tue risposte, sembrerebbe che tendi a sottostimare il rischio di sviluppare un cancro..."). La percentuale di persone che al follow-up dichiaravano di aver smesso di fumare è risultata maggiore nel gruppo sottoposto alla condizione 4, vale a dire che aveva ricevuto un messaggio di tipo *tailored*.

Altri esempi di programmi basati sull'approccio *tailored* provengono da un'interessante review di Walters e Neighbors (2005). Gli studiosi hanno preso in considerazione gli interventi sul consumo di alcol che si sono avvalsi di feedback a seguito del processo di assessment, individuando 8 categorie di feedback utilizzati: (1) consumo personale di alcol (ad esempio: drink consumati in una settimana) (2) conseguenze relative al consumo di alcol (ad esempio: infortuni, effetti sul rendimento accademico, calorie assunte, denaro speso) (3) riferimenti alle norme nazionali o alle regole del campus (4) fattori di rischio (ad esempio: informazioni sulla familiarità del rischio di alcolismo) (5) aspettative connesse agli effetti dell'alcol (6) informazioni di tipo didattico (7) suggerimenti per bere con moderazione e responsabilmente (8) diari dove calcolare e annotare la propria BAC (Blood Alcohol Concentration). Tutti gli studi presi in esame includevano sempre informazioni sul consumo personale di alcol e confronti con i consumi rilevati nel proprio gruppo di appartenenza (per età e genere o per college di appartenenza) e la maggior parte degli studi includevano anche feedback sulle conseguenze che il consumo di alcol aveva comportato per il soggetto, i potenziali fattori di rischio al quale era esposto e informazioni e istruzioni generali sul consumo di alcol. I risultati ai quali sono giunti tali ricerche apparivano incoraggianti in termini di efficacia, suggerendo che le tipologie di feedback individuate possono avere effetti positivi per il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti. Si

consideri, infatti, che conoscere la condizione in cui si trova il soggetto destinatario del messaggio-feedback può avere una duplice funzione. Per il soggetto, si tratta di metterlo di fronte a informazioni riguardanti, ad esempio, il suo status attuale, i fattori di rischio da considerare o le conseguenze nelle quali può incorrere. Tali informazioni, risultando rilevanti, hanno maggiori possibilità di catturare l'attenzione del soggetto e di spingerlo alla riflessione che, come abbiamo visto, aumenta la probabilità di aderenza alle indicazioni fornite. Inoltre, le informazioni ricavate possono essere utili all'health-care provider per l'ideazione di un programma di intervento che sia per l'appunto "tailored", basato cioè sul livello di rischio/problematicità del soggetto, sui fattori di rischio ai quali è esposto, sulle conseguenze alle quali può incorrere, e così via. Anche il confronto con le statistiche riguardanti un certo gruppo di riferimento (ad esempio: la propria nazione, il proprio genere, l'Università di appartenenza) e/o le norme vigenti (e.g. Walters & Neighbors, 2005) è risultato utile in termini di aumento della consapevolezza, suggerendo che da esse l'individuo può rivedere le sue credenze e ricavare una sorta di norma sociale condivisa alla quale ispirarsi.

In uno studio più recente (Canale et al., 2016), l'approccio *tailored* è stato adottato anche in un programma di intervento sul gioco d'azzardo. A seguito della compilazione del questionario di assessment, i partecipanti ricevevano un feedback che includeva: (1) il proprio profilo di giocatore d'azzardo (non problematico/a rischio/problematico), (2) le conseguenze del gioco d'azzardo (3) suggerimenti per un giocare in modo sicuro. Fornendo un feedback sul livello di problematicità e informazioni accurate riguardo le distorsioni cognitive, la probabilità di vincita e i miti connessi al gioco d'azzardo, il programma mirava a cambiare gli atteggiamenti nei confronti del gioco d'azzardo, le credenze e i comportamenti. A fine dell'intervento, risultati promettenti sono stati riscontrati nel gruppo sperimentale in termini di riduzione del gioco d'azzardo e dei problemi ad esso connessi.

Anche includere nel messaggio di feedback anche informazioni sulla propria motivazione e dare indicazioni coerenti con il bisogno sottostante (e non uguali per tutti) può risultare strategico in termini di accuratezza ed efficacia comunicativa. Ad esempio, in uno studio (Disperati et al., 2015) è stata valutata l'efficacia di un intervento che includeva nel feedback "su misura" sia il contributo di norme, costi e conseguenze del consumo di alcol, sia il contributo delle motivazioni individuali nell'assunzione del comportamento a rischio. L'introduzione di informazioni sulle motivazioni individuali e la proposta di

strategie coerenti con tale motivazione si è rivelata efficace, soprattutto tra i bevitori ad alto rischio.

4. Riflessioni conclusive e future direzioni di ricerca

L'applicazione della comunicazione *tailored* nell'ambito dell'intervento sui comportamenti a rischio sembra segnare un passo in avanti nel campo della salute e del benessere. I risultati positivi ottenuti con l'adozione di tale approccio possono essere interpretati considerando che un messaggio percepito dalle persone come rilevante, riceverà maggiore attenzione, sarà elaborato più profondamente e avrà più probabilità di innescare un cambiamento. La rilevanza di un messaggio è data dalla sua corrispondenza con le preferenze e i bisogni della persona (Kreuter & Wray, 2003), così come da quanto riflette la condizione in cui si trova attualmente, in termini di rischio/problematicità. Anche per quanto riguarda le conseguenze, tema che, come abbiamo visto, è spesso centrale nei messaggi riguardanti la salute, è stato suggerito (i.e. Goldberg, Halpern-Felsher & Millstein, 2002) che esse non debbano essere avvertite dal soggetto come "lontane da sé", o addirittura remote; al contrario, devono ancorarsi a ciò che sembra maggiormente riguardarlo e, dunque, a ciò che può essere immediatamente rappresentabile (ad esempio, una ragazza può "avere a cuore" la quantità di calorie che vengono assunte consumando una bevanda alcolica, o un adulto che abbia avuto casi di infarto o ictus in famiglia può essere particolarmente sensibile alle conseguenze del fumo sul proprio organismo, ecc.)

Riconosciamo, tuttavia, che, per quanto l'approccio *tailored* rappresenti un promettente passo in avanti nel campo della promozione della salute e del benessere, non sia esente da limitazioni e, quindi, indicazioni suggerimenti riguardo possibili future direzioni di ricerca utili per superarle. Il processo di assessment consente di ottenere un "profilo" della persona (somministrato sotto forma di feedback, come appunto insieme di informazioni *tailored*) basato su categorie definite a priori. In altre parole, le differenze riscontrate vengono utilizzate come criterio per associare l'individuo ad una determinata categoria (ad esempio: una particolare tipologia di giocatore d'azzardo). È stato tuttavia osservato (i.e. Boholm, 1998; Henwood, Pidgeon, Sarre, Simmons & Smith, 2008; Slovic, 1999; Wildavsky & Dake, 1990) come un tale approccio trascuri importanti aspetti contestuali in grado di influenzare il comportamento dell'individuo, quali la qualità delle sue relazioni sociali (es. supporto sociale percepito, estensione della rete sociale...) e il tipo di universo simbolico-culturale (sistemi di significato, valori, credenze...) reso disponibile dall'ambiente; contesto entro cui

i processi psichici (ad esempio la stessa valutazione del rischio) si dispiegano (Venuleo & Salvatore, 2008). Includere nell'analisi i sistemi di significato che orientano le valutazioni e i comportamenti degli individui potrebbe rappresentare un'utile sfida per la programmazione delle strategie sulla salute, coerentemente con l'idea che non vi sono soltanto differenti livelli di rischio o conseguenze più o meno gravi, ma anche differenti modi di interpretare la propria esperienza; pone, inoltre, l'enfasi sul fatto che tali modi, i processi di meaning-making che li alimentano, non sono incapsulati nella testa del singolo "individuo", ma si sviluppano e prendono forma, entro e per mezzo dell'interazione sociale, a sua volta radicata in un particolare ambiente sociale e culturale (Lopez & Guarnaccia, 2000; Venuleo, Mossi & Marinaci, 2017).

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce riguardo alla comunicazione in ambito sanitario: *"communication interventions do not fall into a social vacuum. Rather, information is received and processed through individual and social prisms that not only determine what people encounter (through processes of selective exposure), but also the meaning that they derive from the communication (known as selective perception), depending upon factors at both the individual (prior experience, efficacy beliefs, knowledge, etc.) and the macro-social (interpersonal relationships, cultural patterns, social norms)"*.

Se, quindi, per "differenze individuali" si intende il particolare modo con cui una persona sente, pensa, si comporta, questo sarà influenzato dal contesto storico, culturale, sociale in cui la persona vive; tuttavia, occorre precisare che l'individuo non è semplice prodotto di tale contesto, ma è un soggetto attivo, che assume una specifica posizione al suo interno, così da giocare un ruolo importante nella negoziazione del suo mondo (Venuleo, Mossi & Salvatore, 2014). In tale prospettiva, un approccio *tailored* dovrebbe misurarsi con la sfida di comprendere come mobilitare significati (modi di interpretare la propria esperienza e identità sociale), oltre che conoscenze (sui rischi e i comportamenti responsabili), perché sono tali significati ad offrirsi come terreno o come vincolo rispetto alla possibilità che un messaggio sia "persuasivo".

Si pone, altresì, il problema di quale sia l'unità target della comunicazione, e più in generale dell'intervento.

Se i significati sono alimentati intersoggettivamente, infatti, diventa prioritario includere nel campo di osservazione e di intervento l'intorno sociale entro cui si sviluppano significati favorevoli ai comportamenti a rischio.

Adottare, quindi, una prospettiva contestuale, che implichi concepire il comportamento dell'individuo in termini situati, interpretandolo in relazione al contesto simbolico nel quale

è prodotto, non solo permetterebbe un maggiore riconoscimento delle differenze individuali, ma anche una comprensione più profonda del comportamento sulla quale basare l'intervento psicologico.

Bibliografia

- Adams, J. (1995). *Risk*. London: Psychology Press
- Beck U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Bellotto E., & Zuliani A. (2006). La percezione del rischio: un problema aperto. *Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente*, 2(4), 2-5.
- Boholm A. (1998). Comparative studies of risk perception: a review of twenty years of research. *Journal of risk research*, 1(2), 135-163.
- Botvin G.J., Botvin E.M., & Ruchlin H. (1998). School-based approaches to drug abuse prevention: Evidence for effectiveness and suggestions for determining cost-effectiveness. Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy. *NIDA Research Monograph*, 176, 59-82.
- Brug, J., Oenema, A., & Campbell, M. (2003) Past, present and future of computer-tailored nutrition education. *American Journal of Clinical Nutrition*, 77(Suppl.), 1028S–1034S.
- Bucchi, M. & Neresini, F. (Eds.). (2001). *Sociologia della Salute*. Roma: Carocci
- Canale, N., Vieno, A., Griffiths, M.D., Marino, C., Chieco, F., Disperati, F., Andriolo, S., & Santinello, M. (2016). The efficacy of a web-based gambling intervention program for high school students: A preliminary randomized study. *Computers in Human Behavior*, 55 (B), 946-954.
- Cohn, L.D., Macfarlane, S., Yanez, C., & Imai, W.K. (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3), 217-222.
- Cohn, S. (2016). Reconceptualising public acceptability: A study of the ways people respond to policies aimed to reduce alcohol consumption. *Health*, 20(3): 203-219.
- Cooper, M.L. (1994). Motivations for Alcohol Use Among Adolescents: Development and Validation of a Four-Factor Model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128.
- Danielsson, A.K., Eriksson, A.K., & Allebeck P. (2014). Technology-based support via telephone or web: a systematic review of the effects on smoking, alcohol use and gambling. *Addict Behav.*, 39(12), 1846-68.
- Dijkstra, A. (2005). Working mechanisms of computer-tailored health education: evidence from smoking cessation. *Health Educ Res.*, 20(5), 527-39.

- Disperati, F., Canale, N., Vieno, A., Marino, C., Chieco, F., Andriolo, S., & Santinello, M. (2015). "Which type of drinker are you?": An online prevention programme to reduce alcohol consumption and alcohol related problems. *Giornale Italiano di Psicologia*, 42(1-2), 289-302.
- Figner, B., & Weber, E.U. (2011). Who takes risks when and why? Determinants of risk taking. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 211-216
- Geckova A., van Dijk J.P., Groothoff J.W., & Post, D. (2002). Socio-economic differences in health risk behaviour and attitudes towards health risk behaviour among Slovak adolescents. *Sozial-und Präventivmedizin*, 47(4), 233-239.
- Gigerenzer, G. (2003). *Quando di numeri ingannano: Imparare a vivere con l'incertezza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Goldberg, J.H., Halpern-Felsher, B.L., & Millstein, S.G. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21(5), 477-484.
- Gracia, D. (2003). *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*. Torino: San Paolo.
- Harris C.R., Jenkins M., & Glaser, D. (2006). Gender differences in risk assessment: why do women take fewer risks than men? *Judgment and Decision Making*, 1(1), 48-63.
- Hawkins, R.P. (2008). Understanding tailoring in communicating about health. *Health Education Research*, 23(3), 454-466.
- Henwood K., Pidgeon N., Sarre S., Simmons P., & Smith, N. (2008). Risk, framing and everyday life: Epistemological and methodological reflections from three socio-cultural projects. *Health, risk and society*, 10(5), 421-438.
- Hester, R.K., & Miller, J.H. (2006). Computer-based tools for diagnosis and treatment of alcohol problems. *Alcohol Res Health*, 29(1), 36-40.
- Karlsson, P. (2006). *Margins of prevention: On older adolescents' positive and negative beliefs about illicit drug use*. Stockholm: Stockholm University.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*, 5(1), 57-65.
- Kann, L.M. (2016). Youth risk behavior surveillance – United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(6), 1-174.
- Kreuter, M.W. (1998). *Tailored Health Messages: Customizing Communication with Computer Technology*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

- Kreuter, M.W., & Wray, R.J. (2003). Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. *American Journal of Health Behavior*, 27(3), 227-232.
- Larimer M.E., & Cronce, J.M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*, 32, 2439-2468.
- Lightfoot, C. (1997). *The culture of adolescent risk-taking*. New York-London: The Guilford Press.
- López, S.R., & Guarnaccia, P.J. (2000) Cultural psychopathology: uncovering the social world of mental illness. *Annu Rev Psychol.*, 51, 571-98.
- Lyvers, M., Hasking, P., Hani, R., Rhodes, M., & Trew, E. (2009) Drinking motives, drinking restraint and drinking behaviour among young adults. *Addict Behav.*, 35(2), 116-22.
- Marino, C., Vieno, A., Moss, A.C., Caselli, G., Nikčević, A.V, & Spada, M.M. (2016). Personality, motives and metacognitions as predictors of problematic Facebook Use in university students. *Personality and Individual Differences*, 101, 70-77
- Martin, L.R., Williams, S.L., Haskard, K.B., & DiMatteo, M.R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*, 1(3), 189-199.
- Myers, L.B., & Midence, K. (Eds.). (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam. Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Noar, S.M., Benac, C.M., & Harris, M.S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol Bull.*, 133(4), 673-93.
- Orbell, S, Perugini, M., & Rakow, T. (2004). Individual differences in sensitivity to health communications: consideration of future consequences. *Health Psychol.*, 23(4), 388-96.
- Petty, R.E., & Cacioppo, J.T. (1984). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *NA - Advances in Consumer Research*, 11, 673-675.
- Pighin, S., Savadori, L., Barilli, E., Cremonesi, L., Ferrari, M., & Bonnefon, J.F. (2011). The 1-in-X effect on the subjective assessment of medical probabilities. *Med Decis Making*, 31(5), 721-9.
- Sabaté, E. (Eds.) (2003). *Adherence to long-term therapies : evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Slovic, P. (1999). Trust, emotion, sex, politics, and science: surveying the risk-assessment battlefield. *Risk Analysis*, 19(4), 689-701.

- Stewart, S.H., & Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, *103*, 1110-1117.
- Taylor, C.B., & Luce, K.H. (2003). Computer- and Internet-Based Psychotherapy Interventions. *Current Directions in Psychological Science*, *12*,(1), 18-22
- Venuleo, C., & Salvatore, S. (2008). Una lettura semiotica del gioco d'azzardo. In G. Lavanco & M. Croce (a cura di), *Psicologia delle dipendenze sociali* (pp. 299-333). Milano: McGraw-Hill.
- Venuleo, C., Mossi, P., & Salvatore, S. (2014). Educational Subcultures and dropping out at Higher Education. A case study. *Studies in Higher Education*, *41*(2), 321-342.
- Venuleo, C., Mossi, P., & Marinaci, T. (2017). Meaning and risk. The role of subjective cultures in the evaluation of hazardous behaviours. *Psicologia della salute*, *1*, 48-75.
- Yamagishi, K. (1997). When a 12.86% mortality rate is more dangerous than 24.14%: implications for risk communication. *Appl Cogn Psychol*, *11*, 495-506.
- Walters, S.T., & Neighbors, C. (2005). Feedback interventions for college alcohol misuse: What, why, and for whom? *Addictive Behaviors*, *30*, 1168-1182.
- Wildavsky A., & Dake, K. (1990). Theories of risk perception: Who fears what and why? *Daedalus*, *119*(4), 41-60.
- Williams-Piehota, P., Schneider, T. R., Pizarro, J., Mowad, L., & Salovey, P. (2003). Matching health messages to information-processing styles: Need for cognition and mammography utilization. *Health Communication*, *15*(4), 375-392.
- Witte, K., & Allen, M. (2000). A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. *Health Education & Behavior* *27*(5), 591-615.