

COMUNICAZIONE BREVE

EMOZIONI, TRA COMUNICAZIONE E RICEZIONE

EMOTIONS, BETWEEN COMMUNICATION AND RECEPTION

ROBERTA FULGENZI¹, GIULIA MAZZOTTA²

¹ CPSI Infermiera ASL Roma 1

² CPSI Libera professione

Riassunto

Dall'emotività principalmente discendono i desideri, le prese di posizione, le scelte, le azioni che determinano la nostra vita.

L'emozione, la cui funzione è in questo ambito definita secondo un modello della mente e dell'interazione sociale in termini di scopo e credenze, è uno stato soggettivo complesso che comprende, oltre al vissuto soggettivo, aspetti fisiologici, motivazionali ed espressivi. Secondo tale modello, la vita di ogni sistema, individuale o collettivo, naturale o artificiale, è governata da uno scopo, definito come un'intenzione cosciente, un istinto, un bisogno, una norma: qualsiasi stato non realizzato nel mondo che regoli l'attività di un sistema(16). Trovo quindi interessante analizzare, sulla base di questo quadro di riferimento, le relazioni sociali tra due o più sistemi dai quali nascono dei meccanismi che si attuano nella comunicazione al destinatario di un'informazione e, nello specifico, di un tema relativo alla promozione della salute e dei meccanismi di difesa che conseguono la ricezione. Partendo dalla definizione della mente come apparato che costruisce, elabora, mantiene rappresentazioni al fine di regolare sulla loro base l'orientamento del sistema agente verso uno scopo, si cercherà di arrivare ad individuare i sottoscopi e la sequenza di azioni necessarie per il raggiungimento dello scopo in una determinata situazione.

Parole chiave: emotività; interazione sociale; meccanismi della comunicazione; promozione della salute.

Abstract

Emotions, between communication and reception

Emotionality mainly derives the desires, the positions, the choices, the actions that determine our life.

Emotion, whose function is in this context defined according to a model of the mind and social interaction in terms of purpose and beliefs, is a complex subjective state that includes, in addition to subjective experience, physiological, motivational and expressive aspects. According to this model, the life of every system, individual or collective, natural or artificial, is governed by a purpose, defined as a conscious intention, an instinct, a need, a norm: any state not realized in the world that regulates the activity of a system⁽¹⁶⁾. I find it interesting to analyze, based on this frame of reference, the social relations between two or more systems from which arise mechanisms that are implemented in the communication to the recipient of an information and, specifically, a theme related to health promotion and

defense mechanisms that achieve reception. Starting from the definition of the mind as an apparatus that builds, processes, maintains representations in order to regulate on their basis the orientation of the agent system towards a purpose, we will try to identify the sub-gens and the sequence of actions necessary for the achievement of the purpose in a certain situation.

Key words: emotions; social interaction; communication mechanisms; health promotion.

Introduzione

Dall'emozionalità principalmente discendono i desideri, le prese di posizione, le scelte, le azioni che determinano la nostra vita.

L'emozione, la cui funzione è in questo ambito definita secondo un modello della mente e dell'interazione sociale in termini di scopo e credenze, è uno stato soggettivo complesso che comprende, oltre al vissuto soggettivo, aspetti fisiologici, motivazionali ed espressivi.

Secondo tale modello, la vita di ogni sistema, individuale o collettivo, naturale o artificiale, è governata da uno scopo, definito come un'intenzione cosciente, un istinto, un bisogno, una norma: qualsiasi stato non realizzato nel mondo che regoli l'attività di un sistema⁽¹⁶⁾.

Trovo quindi interessante analizzare, sulla base di questo quadro di riferimento, le relazioni sociali tra due o più sistemi dai quali nascono dei meccanismi che si attuano nella comunicazione al destinatario di un'informazione e, nello specifico, di un tema relativo alla promozione della salute e dei meccanismi di difesa che conseguono la ricezione.

Prima di fare ciò, ritengo però opportuno riportare una definizione della mente come apparato che costruisce, elabora, mantiene rappresentazioni al fine di regolare sulla loro base l'orientamento del sistema agente verso uno scopo. In questa prospettiva, quindi, le categorie basilari dell'attività mentale sono le *conoscenze* (assunzioni e credenze) e gli *scopi*.

Un agente cognitivo ha più scopi tra loro indipendenti e ha la capacità di pianificare in vista di uno scopo: individuare i sottoscopi e la sequenza di azioni necessarie per il raggiungimento dello scopo in una determinata situazione.

In questo senso, quindi, possiamo definire come *stato regolatore* (SR) una rappresentazione cui il sistema cerca di adeguare il mondo, tramite l'azione; *stato percepito*, invece, è la rappresentazione che il sistema tende ad adeguare al mondo, in modo che la sua azione, basata su tale rappresentazione dello stato del mondo, abbia successo.

Il primo è il prototipo dell'oggetto mentale definito come scopo, che è in realtà una complessa famiglia (desideri, aspirazioni, rimpianti, intenzioni, bisogni, aspettative); il secondo è il prototipo dell'altro oggetto mentale fondamentale: le conoscenze (percezioni, ricordi, inferenze, previsioni, credenze, opinioni).

Il cambiamento

Un intervento di educazione e promozione della salute è pensare, accompagnare e misurare un cambiamento desiderato. Ciò deve avvenire non solo nella pianificazione (e quindi con il coinvolgimento di tutti gli attori) ma soprattutto nella ricezione, da parte del soggetto a cui il cambiamento è sostanzialmente rivolto.

Nessuna teoria presente in letteratura riesce a tenere in considerazione, in una visione organica, tutti i fattori implicati nel comportamento "di salute", ma le singole teorie possono aiutarci a focalizzare i diversi aspetti comportamentali e a scegliere gli interventi di modifica del comportamento più appropriati per il nostro obiettivo.

Sebbene la conoscenza del comportamento umano non possa predire le azioni di una persona, essa può fornire una spiegazione su come è probabile che certi gruppi di persone si comporteranno.

Infatti, anche se esiste una notevole variabilità individuale, i cambiamenti possono essere meglio compresi attraverso l'esame di tre dimensioni: comportamento, cognizione e contesto. Il comportamento è "ciò che uno fa": indica quindi tutte le azioni fisiche effettuate dagli individui, compresa la ricerca di informazioni circa la propria salute.

La cognizione è "ciò che uno pensa": il modo in cui le persone definiscono e considerano la realtà e le proprie attività e il modo in cui cambiano opinione e atteggiamento.

Con il termine cognizione si definiscono quindi tutti i processi mentali; non solo le attività concernenti strettamente il pensiero (conoscenza, atteggiamenti, attribuzioni e convinzioni) ma anche le percezioni, i valori personali, i valori culturali e il ricordo.

La cognizione viene influenzata dall'intelligenza, dall'esperienza passata e dalle capacità

SIGLE

SR

Stato Regolatore

percettive che sono differenti nelle diverse fasi della vita.

Sono esempi di cognizione le credenze religiose, la fiducia/sfiducia nella medicina, la consapevolezza che il fumo è dannoso in linea generale, unita alla credenza che non sia dannoso per il singolo fumatore.

Il contesto è "l'ambiente che ci circonda" inteso come ambiente culturale, sociale, fisico, emotivo e psicologico che forma le persone e determina i fattori che possono agevolare o ostacolare il cambiamento. Include leggi, norme e dinamiche sociali.

Alcuni comportamenti a tutela della salute non vengono adottati per motivi ambientali, ad esempio la protezione della pelle dal sole non viene considerata necessaria dalla comunità, una alimentazione sana può non essere disponibile sul luogo di lavoro, la fretta cronica ci induce ad usare l'auto invece di camminare per spostarci tra i vari appuntamenti della giornata.

Le relazioni tra comportamento, cognizione e contesto sono chiaramente reciproche e circolari e a seconda della teoria di riferimento vengono considerati centrali alcuni aspetti piuttosto che altri.

Waisbord (2001) ha descritto le teorie come "insiemi di concetti e proposizioni che articolano le relazioni tra variabili, al fine di spiegare e predire situazioni e risultati.

Le teorie spiegano la natura e le cause di un dato problema e forniscono le linee guida per gli interventi pratici"⁽¹⁹⁾. Chiaramente esse possono non essere in grado di cogliere tutti gli elementi in gioco e il grado di importanza relativo a ciascun elemento misurato può variare ampiamente sia tra gli individui che tra le popolazioni.

Le teorie che tentano di spiegare il cambiamento si focalizzano principalmente sul rapporto cognizione-comportamento (teorie cognitive e comportamentali) e sul rapporto contesto-comportamento (teorie ambientali).

Le teorie cognitive si basano sull'assunzione del comportamento volitivo e volontario, determinato attraverso una azione diretta del pensiero. Ogni cambiamento rispetto ad un comportamento stabilito come "norma" viene analizzato in relazione alla adeguatezza della cognizione sottostante e a quanto la cognizione stessa venga adattata alla nuova esperienza.

Le teorie cognitive sono state utilizzate per investigare i ruoli della motivazione, delle paure e delle percezioni errate. Le teorie comportamentali a fasi si basano sulla ipotesi di interazione tra comportamento e cognizione, cosicché differenti tipi di cognizione operano a livelli differenti.

Il Modello Transteorico che verrà presentato e discusso in questo elaborato, suggerisce che

un individuo passi attraverso un crescente grado di disponibilità verso il cambiamento prima di intraprendere il cambiamento stesso.

Abbiamo scelto di illustrare e vedere applicato il Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska in quanto, pur essendo nato nel contesto clinico, è sicuramente uno dei modelli maggiormente utilizzato nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, anche se in maniera non sempre appropriata.

Le teorie ambientali, infine, si basano sulla premessa che sia l'ambiente ad influenzare le scelte comportamentali, anche se riconoscono che le reazioni di una persona ad un determinato ambiente vengono mediate dagli atteggiamenti⁽¹⁹⁾ personali.

Al fine di fornire un quadro completo ed organico sulle teorie del cambiamento, vedremo quali sono le altre teorie cognitive (oltre al Modello Transteorico) e illustreremo anche le principali teorie ambientali.

In questo modo i nostri lettori avranno l'opportunità di scegliere la teorizzazione che corrisponde maggiormente al proprio modo personale di guardare e di dare una spiegazione alla realtà e al tipo di situazione che si intende analizzare.

Infatti alcune teorizzazioni meglio di altre si adattano a particolari gruppi target, a particolari comportamenti di salute, a particolari contesti-setting.

È ormai evidente che concentrarsi su un solo aspetto non è più sufficiente ed efficace, come evidenziato dall'evoluzione stessa dell'educazione alla salute in promozione della salute e rimarcato dalle prove di efficacia disponibili e dalle raccomandazioni di autorevoli istituzioni.

Il successo di un intervento di prevenzione e promozione della salute è garantito se vi è un equilibrio dinamico tra una molteplicità di interventi contestuali con approcci di tipo individuale, gruppale, organizzativo ed ambientale.

Superando le singole teorizzazioni, i programmi di intervento dovrebbero includere strategie per quanto possibile multiple in modo da integrare obiettivi di cambiamento del comportamento, delle cognizioni sottostanti e del contesto in cui si realizzano.

Trovo opportuno quindi, a questo punto, analizzare le modalità con cui gli individui modificano un problema o acquisiscono un comportamento positivo.

Tale analisi avverrà tenendo conto di quello che è stato definito come uno dei più importanti approcci al cambiamento, ossia il Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska.

La teoria degli stadi di cambiamento (Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska)

Il Modello Transteorico è un modello del cambiamento intenzionale che si focalizza sul processo decisionale dell'individuo e prende in esame emozioni, cognizioni e comportamenti basandosi sul concetto di stadio, in quanto il cambiamento è un processo che si compie nel tempo.

Tale approccio si propone come un modello esplicativo completo e multilivello in quanto tiene conto degli aspetti temporali e dinamici del cambiamento. L'originalità consiste appunto nel non considerare i precursori, gli antecedenti del cambiamento ma solo il suo divenire nel tempo.

Infatti tale modello definisce il cambiamento comportamentale come un processo dinamico che avviene secondo una sequenza ciclica, dove il progresso da una fase all'altra è guidato da 10 processi specifici.

Gli assunti di base del Modello Transteorico sono:

- non è sufficiente una singola teoria per spiegare la complessità del processo di cambiamento. Un modello adeguato può

nascere solo dall'integrazione tra le principali teorizzazioni in ambito psicologico;

- il cambiamento comportamentale è un processo che si articola nel tempo attraverso una sequenza di stadi;
- gli stadi sono stabili e aperti, come i fattori di rischio comportamentale sono stabili e nello stesso tempo aperti al cambiamento;
- la maggior parte dei soggetti appartenenti ad una determinata popolazione a rischio non sono pronti per una fase di determinazione o di azione verso il cambiamento e per questo motivo i tradizionali programmi preventivi orientati all'azione risultano inefficaci;
- per ogni stadio di propensione al cambiamento vanno applicati specifici processi e specifici principi di modificazione comportamentale.

Il Modello è costruito su tre dimensioni fondamentali: gli stadi del cambiamento, i processi del cambiamento (ovvero le strategie comportamentali messe in atto dal soggetto durante il cambiamento), i fattori psicologici che determinano il movimento da uno stadio a quello successivo (*Self-efficacy*, *Locus of Control* e bilancia decisionale) (Figura 1).

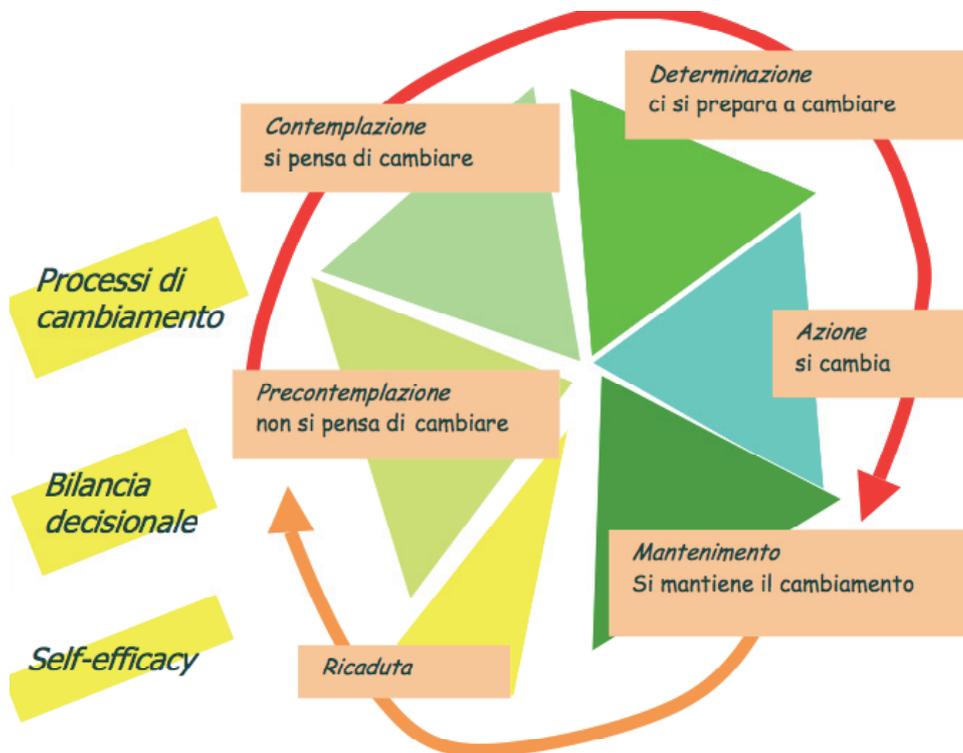


Figura 1. Modello Transteorico

Figure 1. Transteoretical model

In realtà la bilancia decisionale è una tecnica che favorisce l'emergere della consapevolezza ed attiva i processi di cambiamento, non è un aspetto psicologico anche se gli autori del modello lo descrivono come tale.

Gli stadi del cambiamento rappresentano sia il periodo sia la descrizione delle caratteristiche comportamentali del soggetto. L'individuazione o *assessment* della fase in cui il soggetto si trova viene fatta tenendo in considerazione l'intenzione di modificare il comportamento nel periodo di tempo dei 6 mesi successivi al momento della valutazione ("penso che nei prossimi sei mesi...").

Esistono diversi strumenti per l'*assessment* della fase in cui un individuo si trova in un determinato momento della sua vita, rispetto ad un determinato comportamento: si tratta in maggior parte di scale, questionari, algoritmi, a cui si associano altri strumenti che valutano fattori correlati (es. URICA misura gli atteggiamenti verso un certo comportamento; RUNG misura la *readiness to change*; ecc.). È chiaro che tali strumenti non sono utilizzabili sempre e in qualsiasi circostanza: bisogna individuare quelli più adatti per quel tipo di persona, per quel tipo di situazione, ecc⁽²¹⁾.

Tali stadi sono:

- precontemplazione: il soggetto in questa fase non ha ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento (intenzione relativa ai 6 mesi successivi alla valutazione). Il soggetto è non informato o mal informato rispetto al comportamento a rischio, oppure può aver fatto dei tentativi di cambiamento ed essere demoralizzato e aver perso fiducia nella propria concreta capacità di cambiare. Di solito i soggetti in questa fase evitano di leggere, parlare o pensare al comportamento a rischio. Sono i cosiddetti soggetti non motivati o resistenti al cambiamento. Gli ultimi studi su questo primo stadio fanno propendere per l'ipotesi dell'esistenza di più livelli all'interno dello stadio stesso (pre-pre-pre-contemplazione, pre-pre- contemplazione, ecc.), ma ciò è ancora oggetto di studio;
- contemplazione: il soggetto comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento: l'idea è che per passare dallo stadio di precontemplazione allo stadio di contemplazione ci debba essere per il soggetto una preoccupazione "almeno" sufficiente. In questa fase, il soggetto è consapevole dei pro e dei contro del cambiamento

e questo può causare una situazione di forte ambivalenza che lo può far rimanere in questa fase anche per lunghi periodi di tempo ("contemplazione cronica" o procrastinazione);

- determinazione: il soggetto ha deciso di modificare il comportamento nell'immediato futuro (nel mese successivo) e pianifica la modalità di cambiamento (ad esempio può aver pianificato di consultare un esperto, partecipare a programmi strutturati, acquistare un volume di self-help). Se il passaggio in questo stadio avviene a seguito di una decisione "forte" presa al termine della fase di contemplazione, è meno alto il rischio di ripensamenti durante la fase di azione. DiClemente parla a tal proposito di *teachable moments*, eventi importanti, transizioni nel ciclo di vita, che possono spingere/motivare un cambiamento (es. gravidanza, parto, ecc.) e che possono essere opportunamente "sfruttati";
- azione: il soggetto agisce per modificare il proprio comportamento. L'azione non è sempre una modificazione diretta del comportamento ma tutto quell'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse). Per considerare un comportamento come una effettiva azione di cambiamento occorre che tale comportamento riduca in qualche modo il rischio di malattia (ad esempio l'astinenza dal fumo);
- attenzione, però: se il bilancio non è abbastanza forte (o saldo), la fase di azione dura poco, e si ritorna alla fase di contemplazione. Quindi, gli insuccessi e i tentativi fallimentari, le azioni non andate a buon fine, devono essere presi in considerazione dall'operatore ed enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento, non come ricadute o evidenze di sconfitta;
- mantenimento: in questa fase il soggetto si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del cambiamento. Chiaramente in questa fase le azioni sono ridotte, il soggetto non è impegnato attivamente come nella fase di azione. Questa fase ha una durata estremamente variabile in relazione al comportamento e alle caratteristiche individuali.

Il tempo di permanenza individuale in ogni stadio è variabile, mentre i compiti da eseguire per passare allo stadio seguente sono uguali per

tutti (ad esempio, per passare dalla Precontemplazione alla Contemplazione occorre diventare consapevoli del problema, iniziare a considerarne gli aspetti negativi e affrontare gli aspetti difensivi e abitudinari che ne rendono difficile il controllo).

I compiti consistono ne:

- l'accrescimento/aumento dell'interesse e della preoccupazione rispetto al comportamento da modificare;
- l'aumento di informazione sulle conseguenze nocive e le possibili alternative a quel comportamento (attraverso la valutazione di pro e contro);
- la presa di coscienza sul comportamento in atto e sui motivi che lo sostengono (la riflessione su di sé);
- l'analisi di rischi e ricompense, e la successiva presa di decisione;
- la nascita/mantenimento dell'impegno e la successiva creazione del piano efficace/accettabile.

Essi richiedono abilità di auto-regolazione (sinonimo di auto-controllo sul piano cognitivo ed affettivo/emotivo), necessaria per cambiare modo di pensare/agire, inibire le pulsioni, seguire le regole, dilazionare i piaceri: l'auto-regolazione ha bisogno di esercizio/allenamento costante, ed è una forza necessaria per promuovere/spingere i processi di cambiamento.

I compiti (tasks) sono considerati da DiClemente più importanti degli stadi stessi, in quanto messi insieme forniscono la base per la motivazione al cambiamento del soggetto⁽³⁾.

Nella stesura di un progetto di promozione della salute il Modello Transteorico può essere utile perché chiarisce il contesto di riferimento entro cui ci si intende muovere e indica gli strumenti per la valutazione e le tecniche adeguate all'intervento.

Diciamo che può servire come griglia per indicarci cosa andremo a valutare e con che strumenti intendiamo procedere.

Per quanto riguarda la misura/valutazione dello stadio, è importante dire che agli strumenti diagnostici descritti nel paragrafo precedente (nati in ambito clinico- terapeutico), si sono recentemente aggiunti strumenti di self-nomination e peer-nomination: griglie o tabelle (che possono essere costruite ad hoc in base ai principi del Modello Transteorico) che riportano gli elementi caratterizzanti i diversi stadi, e per le quali si chiede al soggetto (o al gruppo di soggetti) di posizionarsi laddove sente di trovarsi rispetto ad un certo comportamento.

Naturalmente, quest'auto- valutazione non è consigliata laddove si voglia valutare la possibi-

lità o meno di effettuare un trattamento con un soggetto alcolista o tossicodipendente perché questi in genere tende a dire di essere pronto a cambiare.

Piuttosto, l'auto-valutazione sembra essere valida soprattutto in quelle situazioni in cui si voglia lavorare nell'ambito della prevenzione/promozione di comportamenti (es. fumo di sigaretta, dieta, ...): ad es. se si vuole lavorare in una classe, si può chiedere ai ragazzi stessi di auto-suddividersi in sottogruppi in base a griglie che indagano le conoscenze e la opinioni dei soggetti e configurano le caratteristiche salienti dei diversi stadi per un certo comportamento⁽⁹⁾.

Non è sostenibile un progetto che indichi come riferimento il Modello Transteorico e poi descriva un tipo di intervento dove i soggetti non sono chiaramente divisi rispetto allo stadio di appartenenza e dove l'intervento è di tipo puramente informativo e non fa leva su quelli che sono indicati come i principi del modello stesso.

Come sottolineato da Prochaska e Velicer (1997) spesso viene utilizzata la suddivisione dei soggetti secondo gli stadi del cambiamento ma poi i processi di cambiamento non vengono approfonditi e analizzati. Invece, una volta classificato e suddiviso il campione, la parte operativa del modello (processi e tecniche di cambiamento) è particolarmente utile per la costruzione dell'intervento stesso e per la valutazione dei risultati ottenuti.

Rispetto ai tempi, occorre tenere presente che per adottare un nuovo comportamento occorrono in media dai tre ai sei mesi, mentre perché il cambiamento attuato diventi parte della vita del soggetto (ad esempio affinché una persona arrivi a non poter fare a meno della razione di frutta giornaliera o del contorno di verdura, o affinché una persona non possa fare a meno dell'attività fisica in settimana) occorre un periodo da 1 a 2 anni.

Nella progettazione questi tempi vanno tenuti in considerazione (almeno quelli del cambiamento, quindi da tre a sei mesi) perché, se non considerati, rischiano di inficiare la qualità dell'intervento stesso e le sue possibilità di consolidamento nel tempo.

DiClemente ha recentemente indagato le applicazioni del Modello Transteorico all'ambito dell'alimentazione. Il comportamento/stile alimentare è caratterizzato da multifattorialità, in quanto influenzato da una varietà di fattori di rischio/protettivi, e composto da più sub-comportamenti: ad esempio il controllo del peso, l'attenzione all'immagine corporea, il controllo del livello di glucosio, una dieta corretta, ecc.

fanno tutti parte di uno stile alimentare sano, e si è visto come le persone attraversino stadi diversi per ciascun sub-comportamento (possono cioè trovarsi in fase di Precontemplazione rispetto all'adozione di una dieta corretta, ma in fase di Determinazione rispetto al controllo del peso).

Inoltre, il (sub)comportamento "adozione di una dieta povera di grassi" può essere suddiviso in un certo numero di azioni che lo compongono (es. evitamento di snack, consumo di latte parzialmente scremato, lettura delle etichette dei prodotti, ecc.), e si è visto come la stessa persona possa variare lo stadio in cui si trova rispetto ad un certo comportamento (Precontemplazione rispetto all'adozione di una dieta povera di grassi) in relazione alle singole azioni (essere ad esempio ancora in Precontemplazione rispetto all'evitamento di snack ma in una fase più avanti rispetto al consumo di fibre).

Quest'individuazione puntuale degli stadi per ciascuna azione di un comportamento generale ha lo scopo di orientare la progettazione di un intervento preventivo- educativo e promozionale.

Dal Modello Transteorico deriva la tecnica del colloquio motivazionale. I suoi ideatori, Miller e Rollnick, hanno pensato che non fosse necessario valutare lo stadio in cui la persona si trova, ma analizzare - attraverso un semplice colloquio - alcune dimensioni fondamentali, quali: l'importanza che il cambiamento assume per quella persona, il livello di auto-efficacia, la "prontezza" (o disponibilità) al cambiamento.

Questa tecnica è particolarmente efficace per soggetti scarsamente motivati a cambiare (stadi di precontemplazione e contemplazione).

Il colloquio motivazionale può essere condotto con ottimi risultati dai professionisti della salute, anche non psicologi, dal momento che ha un focus specifico (comportamento di salute e motivazione) e non si pone obiettivi di diagnosi o modificazione della personalità del soggetto stesso. Occorre però utilizzarlo con una certa cautela anche in ambito sanitario.

La condizione di instabilità, in cui si trovano i soggetti in fase di precontemplazione e contemplazione, non è un tratto di personalità del soggetto ma il risultato di un conflitto tra costi e benefici del comportamento stesso.

Il superamento dell'ambivalenza è un processo lungo e faticoso, spesso i professionisti sono tentati di persuadere il soggetto indicando direttamente i vantaggi che si possono ottenere dall'adozione di un nuovo comportamento. Questo atteggiamento rischia di attivare un circolo vizioso in cui il conflitto da interno al sog-

getto rischia di riproporsi nella relazione dove ognuno dei due attori assume su di sé uno solo degli aspetti dell'alternativa.

L'intervento deve invece avere l'obiettivo di ampliare la "frattura interiore" tra la condizione attuale del soggetto e le mete desiderabili, cercando di evitare che tale discrepanza finisca con il provocare la rottura del rapporto o il rafforzamento del comportamento dannoso. Chiaramente a seconda dello stadio in cui si trova il soggetto si utilizzeranno tecniche motivazionali differenti.

Vediamo alcune esemplificazioni: in fase di precontemplazione una persona avrà bisogno di evidenziare e esplicitare i pro e i contro che lo avvicinano e/o allontanano dal cambiamento, avrà bisogno di aumentare la propria consapevolezza circa i rischi e i problemi connessi al mantenimento delle proprie abitudini. In questa fase è utile un approccio informativo, che insinui dei dubbi circa l'adeguatezza delle proprie abitudini.

È importante inoltre che il soggetto sperimenti ed espliciti le reazioni emotive su tali informazioni e in generale sul mantenimento dello status quo o del cambiamento (attivazione emotiva), oltre che riconoscere gli effetti che lo status quo e il cambiamento potrebbero avere sull'ambiente (rivalutazione ambientale). In questa fase è importante che l'operatore adotti alcune strategie: saper ascoltare; esplorare le conoscenze e le opinioni del soggetto; dare informazioni ma solo "a piccole dosi" e se c'è il consenso da parte del soggetto; non dare consigli diretti o, peggio, giudizi; mantenere "il contatto" (l'individuo potrebbe tentare di modificare il suo comportamento in un periodo successivo, e quindi ritornare); creare dubbi e sollecitare la riflessione personale del soggetto.

Nella fase di contemplazione si osserva una parziale consapevolezza del problema e il soggetto manifesta l'intenzione di provare a cambiare nei prossimi 6 mesi. In questa fase l'intervento dell'operatore sarà, non più solo informativo, ma informativo-educativo, ossia tenderà a valorizzare gli aspetti positivi del cambiamento, invece di focalizzarsi sugli aspetti negativi del comportamento problematico.

La tecnica della bilancia decisionale è chiaramente molto utile nei primi stadi (precontemplazione, contemplazione, determinazione), in quanto consente di: effettuare un'analisi qualitativa dei pro e dei contro; lavorare contemporaneamente sui valori e le preoccupazioni del soggetto; ipotizzare il presente e il futuro prossimi, dando per di più l'idea al soggetto stesso di essere al centro del processo di cambiamento.

Oltre a proseguire con gli esercizi della bilancia decisionale e favorire l'aumento della consapevolezza su problema e benefici del cambiamento, si punterà la riflessione su auto-rivalutazione e rivalutazione ambientale (valutazione effetti status quo o cambiamento sui sistemi di valori personali e dell'ambiente di riferimento).

Nella fase di determinazione il soggetto manifesta l'intenzione di cambiare nelle prossime 4 settimane e/o ha fatto un serio tentativo negli ultimi 12 mesi. In questa fase il soggetto non sarà più concentrato sui pro e contro del cambiamento ma tenderà a fare domande aperte sul nuovo comportamento ("Cosa posso mangiare come spuntino?", "Cosa potrei ordinare quando sono al ristorante con amici per non compromettere la dieta?"). In questa fase è importante aiutare il soggetto ad immaginare il cambiamento e le sue ripercussioni sulle abitudini individuali e sociali e l'effetto che tale cambiamento avrà sugli altri significativi; è importante passare ad un tipo di intervento di tipo cognitivo ("Cosa penserò di me stesso?"), comportamentale ("Cosa farò in varie situazioni?") e relazionale ("Come cambierà la mia relazione con gli altri?").

Importante sarà anche concordare e condividere con il soggetto il Piano di cambiamento: "contratto individualizzato" contenente obiettivi a breve e a medio termine raggiungibili (accettabili per il soggetto, commisurati alle sue effettive abilità, con la dovuta considerazione per le difficoltà/debolezze individuali e/o contestuali), l'individuazione di persone di riferimento (in grado di fornire effettivo sostegno), la valutazione delle aspettative (realistiche/irrealistiche, ed eventuale ri-taratura), l'individuazione di opportunità/risorse disponibili (es. programmi e servizi attivi sul territorio), la scansione temporale (quando il soggetto pensa di iniziare concretamente a modificare il comportamento), la programmazione di una serie di alternative comportamentali per le differenti situazioni della quotidianità (tra cui le cosiddette "prove" di cambiamento - ad es. provare a non fumare/bere almeno nel weekend o in auto - come azioni iniziali).

Converrà inoltre anticipare al soggetto che ci saranno situazioni critiche e ricadute, che sono momenti essenziali del processo di cambiamento e costituiscono delle opportunità di apprendimento.

Per arrivare ad un Piano che abbia garanzie di validità è necessario aumentare il livello di self-efficacy (ad es, chiedendo al soggetto di individuare e raccontare situazioni del passato in cui sia riuscito a mettere in atto un cambiamento personale, e trasferendo quella modalità

efficace/vincente al nuovo cambiamento che si vuol perseguire), e lavorare in tal modo sull'impegno personale (per passare dal pensare di cambiar qualcosa di sé all'azione concreta).

Nella fase di azione il soggetto sta attuando il Piano, sta cioè mettendo in atto una serie di strategie e, anche se non in maniera completa, sta modificando il proprio comportamento da meno di 6 mesi (affinché si instauri il nuovo modello di comportamento è necessario permanere in questo stadio almeno 3 - 6 mesi).

È importante aiutarlo a stabilire anche qui obiettivi a breve-medio termine, avendo particolare cura nel rinforzare i successi, anche se parziali, e nel ricercare e favorire il supporto dell'ambiente familiare.

Ricordiamo che in questa fase possono verificarsi delle eventuali ricadute, che rappresentano un evento che fa ripartire il ciclo degli stadi (qualcuno ritorna alla Pre-contemplazione; qualcun altro alla Determinazione, e riprova poco tempo dopo); infatti, se c'è una ricaduta ciò vuol dire che c'è stato un errore/sbaglio nei compiti degli stadi precedenti: non è dunque un problema che riguarda l'Azione, ma potrebbe invece riguardare la fase di Contemplazione (la bilancia decisionale non era così salda come sembrava), o la fase di Contemplazione (l'interesse manifestato non era poi così forte), o la fase di Determinazione (il Piano non era costruito bene, o non era accettabile).

A questo punto, dunque, bisogna ragionare con la persona per capire dove c'è stato l'errore, per poter ricominciare. Nella fase di mantenimento il soggetto deve essere aiutato a "non abbassare la guardia", a mantenere alta l'attenzione sulle situazioni critiche, sulle situazioni in cui la tentazione a tornare al comportamento problematico sono state particolarmente forti.

In ambito preventivo, dunque, il Modello Transteorico può rappresentare un modo per provare a spiegare/capire l'iniziazione ad un certo comportamento (fumo/alcol/droghe): es. la fase di Contemplazione può rappresentare l'inizio relativamente alla "sperimentazione" di sostanze, per poi seguire tutto il percorso "classico" (passaggio all'uso casuale, a quello regolare, all'abuso e alla dipendenza).

Il processo di cambiamento va letto nel tempo (perché si instauri una dipendenza è necessario che avvengano dei processi di cambiamento), in associazione ai cosiddetti fattori predittivi (fattori di rischio/protettivi): ad esempio, nella fase di Contemplazione assume un valore rilevante l'auto-efficacia come fattore protettivo (l'aspettativa di poter resistere alla pressione degli altri e dir di no); questa diventa un fattore

di rischio se è un'auto-efficacia falsa (riguarda capacità che in realtà il soggetto non possiede): non sempre a tale valutazione positiva di sé, infatti, corrisponde una vera competenza.

Alcune indicazioni per gli operatori...

La prevenzione primaria è diretta a soggetti in fase di precontemplazione e contemplazione rispetto all'uso di sostanze o all'adozione di comportamenti nocivi per la salute.

La precontemplazione rappresenta la totale mancanza di intenzione di usare una determinata sostanza (alcol, fumo, comportamenti disadattivi): pertanto, in questa fase l'attività di prevenzione non dovrebbe riguardare la trasmissione di informazioni (anche negative) su individui che non sentano il bisogno di averne (le campagne informative in questa fase possono indurre il soggetto - soprattutto in alcune fasce di età come quella adolescenziale - a desiderare di provare il comportamento descritto come negativo e pericoloso per la salute).

È dunque importante lasciare in fase di quiete i precontemplativi. Attenzione, però: anche le persone con esperienza di fumo potrebbero essere in fase di Precontemplazione (l'aver sperimentato una volta una sigaretta non vuol dire essere interessati): questi vanno trattati in maniera diversa in termini di interventi preventivi. Potrebbe essere utile quindi potenziare i processi di (contro) informazione e (contro) attivazione emotiva in quei soggetti in cui si stia risvegliando un interesse per la sostanza.

Attenzione: 1/3 della popolazione giovanile attuale non ha neanche mai preso in considerazione di fumare una sigaretta (precontemplazione), 1/3 prova a fumare e cessa prima di aver sviluppato una dipendenza (soggetti che attraversano rapidamente gli stadi di contemplazione, determinazione e azione ma poi abbandonano il percorso): queste due popolazioni necessitano di approcci diversi.

Nella fase di contemplazione i soggetti cominciano ad essere "sensibili" al comportamento problematico: osservano le persone che fumano e le loro interazioni con l'ambiente, cominciano a valutare positivamente l'immagine del fumatore e a valorizzare i vantaggi connessi al fumo, possono manifestare desiderio di identificazione con il gruppo di fumatori e valorizzare alcuni aspetti del fumo.

Per i soggetti in fase di contemplazione è importante lavorare per "smontare" i processi di:

- attivazione emotiva: Considerare le emozioni collegate ai messaggi pubblicitari e

agli sponsor (ad esempio Ferrari vincente vuol dire Marlboro);

- auto-rivalutazione: "come fumare o non fumare si accordano ai tuoi valori?" "Cosa penseresti di te stesso al pensiero di essere un fumatore, e cosa invece al pensiero di non aver mai iniziato a fumare?";
- rivalutazione ambientale: "cosa provi quando vedi una persona per te importante che fuma, e cosa quando sai che una persona ugualmente importante non fuma?" "Cosa penserebbero le persone (amici, genitori, adulti importanti) se sapessero che tu fumi?".

La prevenzione secondaria si rivolge ai soggetti in fase di determinazione e azione rispetto all'uso di una sostanza o all'inizio di un comportamento.

I soggetti nella fase di determinazione fanno sperimentazioni sempre più lunghe e ravvicinate nel tempo, rispetto al fumo, ad esempio non sono ancora dei fumatori regolari ma si stanno preparando ad esserlo. Vedono sempre meno gli aspetti negativi del fumo e sempre di più gli aspetti positivi.

Si tratta solo di risolvere alcuni problemi pratici (trovare i soldi per comprare il pacchetto, lavarsi i denti prima di uscire con la ragazza, aere il locale dopo aver fumato) e per il resto il comportamento non appare più negativo.

Questo momento rappresenta una "fase finestra": se il soggetto non passa all'azione in breve tempo il potenziale nuovo comportamento gradatamente si smonta.

Quindi in questa fase le esperienze negative o gli effetti collaterali dovuti alla sostanza possono bloccare il progredire della motivazione a fumare: ad esempio constatare una diminuzione delle proprie capacità sportive, od il risultato di alcune analisi mediche, o la notizia di un parente fumatore che sta male...

Nella fase di azione la persona ha strutturato un comportamento stabile nel tempo e nelle modalità. I processi comportamentali tipici sono:

- Controllo dello stimolo: il soggetto ha sempre con sé il pacchetto di sigarette e l'accendino, ha sempre minor fastidio per l'odore del fumo;
- Controcondizionamento, gestione del rinforzo: in modo crescente le occasioni di stress o di gratificazione sono affrontate con la sigaretta, i cui effetti sono sempre più rinforzati;
- Relazioni d'aiuto: il soggetto frequenta sempre più spesso persone che condivi-

dono le sue abitudini; ha l'impressione che tutti attorno a lui fumino;

- Percezione complessiva di grande Auto-efficacia: "fumo e non ho alcun problema (non ho tosse, non ho problemi respiratori, gli altri mi accettano come prima)". Questa percezione può costituire un punto di entrata per l'intervento: "fumi proprio quanto avevi stabilito, o sei andato oltre?" "Fumi sempre e solo le sigarette che ti danno soddisfazione, o qualche volta ti accorgi di fumare senza renderti conto e quindi senza provare piacere?"

La prevenzione terziaria è diretta ai soggetti in fase di mantenimento del comportamento che DiClemente chiama "dipendenza ben mantenuta": In questa fase non ci sono più dubbi, né ripensamenti: es. la persona fuma nel modo più automatico e non dedica tempo al pensiero di non fumare. Adesso è un fumatore precontemplativo...

Per un intervento di prevenzione terziaria che abbia probabilità di successo con questo tipo di soggetti (es. cessazione fumo), è necessario in fase di assessment non solo valutare il livello di esperienza (ad es. da quanto tempo e quante sigarette al giorno la persona fuma) e individuare lo stadio, ma anche la cosiddetta "prontezza/disponibilità al cambiamento" (readiness for change - RUNG): ciò può avvenire anche attraverso una semplice autovalutazione, chiedendo alla persona di auto-collocarsi all'interno di una griglia con caselle in sequenza da 0 a 10, per rappresentare il punto in cui questi pensa di essere/trovarsi rispetto a "smettere di fumare" (N.B. i precontemplativi possono avere livelli diversi di readiness, collocandosi di solito in posizione bassa nella griglia, da 0 a 3).

Inoltre, è importante nell'analisi dei dati, incrociare i vari elementi (livello di esperienza e stadio - precontemplazione, contemplazione, determinazione, caratteristiche demografiche del campione, livello di RUNG, ...)

Le osservazioni critiche proposte in letteratura si possono suddividere in critiche alla struttura del modello e alla sua validità interna, critiche alla applicabilità del modello, e problemi di rigore scientifico.

Sicuramente il modello transteorico ha il pregio di essere semplice e facilmente applicabile all'analisi dei comportamenti. Forse negli anni ha avuto una diffusione acritica e un successo eccessivo che lo ha portato ad essere applicato in maniera superficiale e poco ragionata.

Il concetto di stadi del cambiamento ha il pregio di permettere una fotografia dei destinatari dell'intervento in un determinato momento

e di tenere in considerazione il movimento di tali soggetti nel tempo.

Occorre fare attenzione agli strumenti utilizzati per classificare i soggetti in un determinato stadio e a non "forzare" la classificazione a quella quota di popolazione che non è collocabile in uno stadio preciso.

Il secondo aspetto importante del modello è l'esplicitazione dei processi di cambiamento che sono utili per il passaggio da uno stadio all'altro e delle tecniche utili per attivare tali processi. Da qui i professionisti della salute possono trarre spunto per la programmazione delle attività più efficaci per favorire il cambiamento.

Nella considerazione e nell'utilizzo di tali processi occorre tenere in considerazione le differenze culturali tra il Nord America e l'Italia. Ad esempio i processi di cambiamento di liberazione sociale (che consiste nell'analizzare con il soggetto le norme sociali di riferimento ed incrementare, in relazione ad esse, le occasioni che possono supportare il cambiamento) e di auto-liberazione (impegnarsi pubblicamente ed accettare la responsabilità del cambiamento) sono consoni alla cultura statunitense (dove ad esempio sono nati movimenti come quello di Alcolisti Anonimi con una forte impronta sociale e spirituale) e meno proponibili per la cultura europea ed italiana, maggiormente improntata all'individualismo e alla libertà individuale.

Quindi possiamo concludere affermando che:

- le critiche al Modello Transteorico riflettono in parte le critiche già fatte ai modelli della Social Cognition in generale, quindi tale modello non è del tutto riuscito a superare ed integrare i modelli precedenti;
- occorrono studi quantitativi sull'applicabilità del modello con robusti piani di valutazione dei risultati;
- occorrono studi qualitativi (uso del modello in diversi contesti). Già Prochaska notava come il modello venga usato e studiato in maniera parziale con una focalizzazione sul concetto di stadi del cambiamento e scarsa attenzione per i processi di cambiamento. Inoltre gli studi di valutazione del modello tendono a supportare il modello analizzato e a non metterne in rilievo debolezze e aspetti critici;
- il modello è utile se usato in maniera flessibile, sensibile, in associazione con altre risorse teoriche;
- il modello deve essere collegato ad interventi socio-ambientali;

- il modello deve essere usato in maniera ragionata e critica.

L'ambiente sociale della comunicazione: il modello orchestrale

Ritengo adesso interessante analizzare, ai fini della mia trattazione, l'analisi del rapporto esistente fra le rappresentazioni di un certo comportamento "a rischio" e le dinamiche dei gruppi in cui sono implicati gli interlocutori.

È probabile, ad esempio, che quanto più rilevante sia per un gruppo una qualche rappresentazione dei fattori di rischio o del rischio stesso, tanto più sarà difficile per i membri di quel gruppo riconoscere tale rischio e cambiare il proprio comportamento, senza dover intraprendere una ridefinizione della loro appartenenza.

In tal senso entra in gioco la questione dell'identità sociale e della stessa concezione del sé: le rappresentazioni sociali sono infatti "principi organizzatori di relazioni simboliche tra attori sociali studiati in rapporto alle posizioni specifiche che occupano all'interno di un quadro societario" (4).

Comunicare con loro nell'intento di influire su un cambiamento comportamentale non può quindi limitarsi a offrire stimoli "oggettivi" costituiti da informazioni razionali; va invece considerato anche il loro inserimento in un contesto interpretativo d'azione sociale: "La rilevanza personale della comunicazione per la salute e i fattori socioculturali possono esercitare effetti potenti sulla risposta della nostra *audience* (...).

Occorre riconoscere che informazione e conoscenza non sono mai costruiti come neutrali da parte dei consumatori. Anzi, l'informazione sulla malattia e la conoscenza della malattia sono sempre concepite nel contesto di un qualche rapporto con il sé e la società" (11).

Gli individui non sempre valutano né riconoscono i rischi come eventi isolati, ma li vedono inseriti in un insieme integrato di abitudini di vita e quindi l'influenza sul comportamento, in tale prospettiva, coinvolge non solo lo specifico problema pratico o il semplice riconoscimento collettivo della singola questione posta all'ordine del giorno, ma soprattutto talune caratteristiche dell'interazione sociale e della eventuale riconfigurazione di qualche suo aspetto o capacità critica di elaborare significati innovativi.

Nel caso specifico della comunicazione per la salute, una delle questioni principali riguarda l'aspetto comunicativo delle informazioni che coinvolge un rapporto tra diversi fattori, quali in particolare:

- la rilevanza pratica e quella socialmente approvata dell'informazione rispetto al

gruppo a cui ci si rivolge e a cui ci si aspetta l'individuo faccia riferimento;

- la legittimità che l'individuo e i gruppi le riconoscono;
- il tipo di collocazione simbolica e culturale della fonte dell'informazione;
- a valutazione della sua *influenza duratura* sul cambiamento di un eventuale comportamento a rischio.

Per comprendere gli effetti duraturi del cambiamento è necessario tener conto dell'ambiente sociale della comunicazione oltre che dei meccanismi interpretativi del messaggio. In tal senso, nell'ambito specifico di una comunicazione legata a problematiche di salute, potrebbe tornare utile l'adozione di un nuovo orientamento di studi elaborato da più autori anche di formazione diversa, in cui al modello definito telegrafico fondato sulla prevalenza del processo di trasmissione e scambio d'informazioni se ne contrappone un altro qualificato come "orchestrale". Riportando le parole di Winkin, "La comunicazione è un processo sociale permanente ove sono integrati molteplici modi di comportamento: la parola, il gesto, la mimica, lo spazio interindividuale, le credenze, le emozioni, l'esperienza quotidiana, le abitudini culturali, etc.

Non si tratta di contrapporre ad esempio comunicazione verbale e "comunicazione non verbale": *la comunicazione è considerata un tutto integrato*, dove i soggetti della comunicazione costruiscono attivamente, ritagliano interpretazioni che si compenetrano con le loro abitudini ed esperienze quotidiane. (...)

L'analogia dell'orchestra ha lo scopo di far comprendere come sia possibile dire che ogni individuo partecipa alla comunicazione invece di esserne l'origine o l'esito. L'immagine dello spartito ricorda in particolare il postulato fondamentale di una grammatica del comportamento che ognuno utilizza nei diversi scambi con l'altro.

È in questo senso che si potrebbe parlare di un *modello orchestrale della comunicazione* in opposizione al 'modello telegrafico'. Il modello orchestrale torna di fatto a vedere nella comunicazione il fenomeno sociale che il primissimo senso della parola rendeva molto bene: la messa in comune, la partecipazione, la comunione" (20).

I soggetti di una comunicazione così intesa non sono più dei semplici depositari di informazioni autonome né tantomeno dei meri emittenti o riceventi il cui unico scopo sarebbe quello di "mettersi in comunicazione" mediante un qualche canale per "passarsi" informazioni. In questo senso, quindi, se il senso della comunicazione di un messaggio diventa un effetto

dell'interazione appare centrale la *situazione*, il contesto in cui tale comunicazione avviene.

In un modello orchestrale il senso "si produce" nel processo d'interazione a cui si partecipa e in cui inestricabilmente ci si mescola, ci si coinvolge.

Per un raffronto dei due modelli può essere utile il riferimento ad uno schema che ne sintetizza le caratteristiche principali (figura 2).

Dunque il presupposto teorico che il modello "orchestrato" mette in discussione è soprattutto quello secondo cui gli individui sarebbero - sul modello delle comunicazioni dei dispositivi telegrafici o tecnologici - sistemi razionali di trattamento delle informazioni.

Vengono invece ribadite le caratteristiche legate all'esperienza sociale e culturale della comunicazione umana, che non possono essere ignorate specie quando si intende "informare" per contribuire a definizioni diverse dei propri comportamenti di vita, di salute, di rischio et cetera. Tali caratteristiche riguardano essenzialmente il fatto che:

- le persone assimilano l'informazione fornita in modo attivo e selettivo;
- tali processi di selezione/interpretazione non si basano solo su codici "semplici", ma su importanti fattori "biografici" e sociali;

- questi fattori interagiscono tra loro;
- le informazioni si basano su schemi di *rilevanza* connessi, oltre che a tali fattori, al *contesto* specifico della situazione comunicativa.

Volendo argomentare ulteriormente tale confronto, possiamo assimilare i presupposti della comunicazione "telegrafica" alle strategie razionalistico-cognitive che stanno alla base dell'*Health Belief Model* i cui punti principali prevedono che:

- un comportamento corretto dipende dal tipo di percezione del grado di gravità di una minaccia di disagio; tale percezione si correla fortemente alla consapevolezza e alla valutazione *individuale* della propria vulnerabilità rispetto a quel determinato rischio;
- il comportamento discende da una valutazione dei benefici potenziali derivanti da un mutamento che faccia diminuire la propria vulnerabilità rispetto al rischio di "ammalarsi";
- i benefici sono soppesati facendo anche una valutazione stimata dei costi (fisici, psichici, finanziari, etc.) che l'individuo deve pagare per cambiare comportamento nel senso raccomandato;

COMUNICAZIONE TELEGRAFICA	COMUNICAZIONE ORCHESTRALE
La comunicazione è un'attività <i>individuale</i> : trasformazione di idee in parole codifica/decodifica strumento: linguaggio	La comunicazione è un'attività <i>sociale</i> : l'individuo è situato in una matrice di comunicazione sociale, a cui egli partecipa attraverso relazioni e strumenti plurali contesto e significato sono essenziali
comunicazione <i>verbale</i> (i rumori sono perturbanti) parole=informazioni	modi comunicativi molteplici: <i>verbali e non verbali</i> si esercitano diverse attività: - di controllo - di conferma/disconferma - d'integrazione - di amplificazione/riduzione
attività <i>razionale e volontaria</i>	l'intenzionalità non è determinante: "non si può non comunicare"
modello fatto di sequenze lineari: emittente-ricevente, inversione/feedback	la diade E/R è solo un quadro percettivo: ampio modello intergenerazionale
efficacia strumentale fondata su consenso cognitivo e illusioni di "trasparenza"	efficacia relativa allo sforzo di creare uno spazio di senso condiviso e al coinvolgimento pratico e <u>normativo dei partecipanti</u>
meccanicità/automatismo dei codici	attribuzione reciproca d'importanza

Figura 2. Schema modello Orchestrale

Figure 2. *Orchestral model scheme*

- i fattori demografici, sociali, strutturali e di personalità sono inclusi, ma solo come fattori d'influenza indiretta sul comportamento;
- una strategia di base che fornisca l'informazione necessaria per consentire una stima dei costi e dei benefici.

L'approccio socio – cognitivo, utilizzato per una strategia che voglia ispirarsi al modello "orchestrato" prevede invece che:

- il comportamento discende dagli effetti interattivi di influenze reciproche tra fattori cognitivi, ambientali, fisiologici, affettivi, culturali, sociali, che contribuiscono a definire ciò che è "corretto" in relazione alla propria identità sociale;
- il comportamento viene valutato sulla base della "conoscenza socialmente approvata" nel proprio gruppo di appartenenza e/o di riferimento, anche per quanto riguarda ciò che si considera o no rischioso per la salute;
- le persone imparano e assimilano le informazioni attraverso una molteplicità di esperienze, spesso osservando le azioni degli altri;
- i fattori di contesto, sociali, culturali, relazionali e situazionali sono essenziali.

Non v'è dubbio che un approccio socio-cognitivo che non supponga di avere come destinatari di una comunicazione per la salute meri decisori razionali comporta maggiori tempi di analisi e riflessione, oltre che di realizzazione.

È necessario quindi affinare gli strumenti teorico-pratici a disposizione in campo comunicativo, avendo bene chiaro in mente che comunicare in settori come il sociale e la salute richiede sforzi specifici e attrezzature scientifiche per le quali occorre stimolare la ricerca e la promozione, evitando se possibile di delegare ai pubblicitari e ai "tecnici" compiti che sono e probabilmente devono restare in primo luogo sociali e collettivi.

L'arena simbolica e in generale la sfera pubblica della comunicazione non è fatta solo di soggetti mass- mediatici o di professionisti della persuasione; essa - se davvero vuole essere tale - è animata da gruppi sociali, soggetti collettivi che esprimono interessi ed esperienze differenti, e che soprattutto lottano per contendersi pieno riconoscimento e legittimità.

I cittadini che la abitano non sono un monolite ma un insieme formato da gruppi estremamente diversi. Talora, anzi, sembra che proprio le tensioni e gli spazi di negoziazione tra istanze differenti possano costituire o comunque favorire agenti dinamici di cambiamento⁽⁶⁾.

Certo, aspetti importanti di selezione informativa che influenzano la definizione e l'interpretazione dei comportamenti cosiddetti a rischio discendono dalle rappresentazioni sociali che orientano le opinioni del senso comune, ma anche dai quadri normativi che orientano la pratica dei mass media, dalle caratteristiche organizzative e culturali dell'arena pubblica oltre che dalle opzioni e pressioni condivise che orientano i decisori politici.

Sebbene i cambiamenti del quadro normativo siano in genere difficili e richiedano piani, risorse e compiti proiettati su un lungo periodo, essi sono senza dubbio determinanti per le nuove sfide che si aprono alla comunicazione sociale; almeno se vogliamo sia in grado di far fronte in modo ampio ed efficace ai molteplici fattori che influenzano la riduzione e il cambiamento dei rischi per la salute.

Un itinerario di riflessione che taluni come Giddens suggeriscono per lavorare in tal senso sta intanto nel cominciare a porre nel giusto risalto interrogativi d'analisi che si chiedano quali elementi - per quanto pochi possano essere - restino comunque a disposizione dei contesti interpretativi locali per monitorare l'appropriazione quotidiana, la negoziazione attiva, la rielaborazione pratica dei significati condivisi. Senza confondere le routines tipiche degli automatismi quasi - naturali del senso comune con adesioni normative profonde e coinvolgenti.

In secondo luogo, per chi lavora sul campo nel settore educativo e comunicativo rivolto alla salute diventa forse indispensabile adottare punti di vista pluralistici e perseguire strategie che informino cercando di attivare processi operativi d'interpretazione e appropriazione a loro volta plurali e pluralistici.

A mero titolo di esempio, possiamo elencare sinteticamente alcuni passi che potrebbero andare in questa direzione:

- ricostruire i fattori principali che caratterizzano l'ambiente sociale di ogni determinato tema di comunicazione e i contesti locali d'interpretazione, analizzando anche l'interazione tra possibili appartenenze plurali a gruppi diversi: infatti, identità sociali "multiple" non hanno esistenze separate e perciò le loro relazioni influenzano le decisioni d'azione;
- identificare lo specifico gruppo a cui ci si rivolge, prendendone in considerazione le opinioni e rappresentazioni condivise, sulle quali avviare processi di ancoraggio delle informazioni rilevanti avvicinandole ai campi di esperienza ritenuti caratteristici: l'informazione non è neutrale

o “per chiunque”, perché il messaggio dev’essere recepito come rilevante dal punto di vista “personale”;

- negoziare - senza sottovalutarle o giudicarle - con le credenze o le rappresentazioni sociali che risultano caratterizzanti per il tema e i soggetti su cui e con cui si comunica per favorire l’accettazione della nuova informazione e il rilancio dell’autostima nella valutazione del comportamento: l’informazione da sola è insufficiente per produrre mutamenti, specie se implica cambiamenti di stile di vita;
- imparare a lavorare in un’arena pubblica di comunicazione per competere con le altre definizioni esistenti delle situazioni dette a rischio: la fiducia e la credibilità della fonte di comunicazione per la salute sono condizioni necessarie per ottenere un mutamento;
- promuovere quindi fonti legittime di conoscenza socialmente approvata dal gruppo a cui ci si rivolge: ad esempio cercare mediatori culturali per conoscere quali simboli e pratiche culturali possono rendere significativo il messaggio: presentazioni specifiche che usino nuovi simboli o eventi che si rivelino rilevanti possono avere maggiori probabilità di ottenere un’attenzione anche emotiva e competere quindi in modo efficace con altre definizioni concorrenti del rischio⁽⁸⁾;
- prestare attenzione alla presentazione retorica del messaggio, studiandone le connessioni possibili con i nuclei principali di rappresentazione nei contesti a cui ci si rivolge (ad esempio, individuando l’uso adeguato di costrutti *ad hoc*) e tenendo conto che la percezione del rischio è strettamente connessa a principi morali di legittimazione, che riflettono tensioni e conflitti di valore centrali in una determinata comunità⁽⁵⁾;
- interagire con i gruppi sociali per comprenderne e monitorare i processi di costruzione delle opinioni condivise; ciò implica anche migliorare le proprie capacità di analisi e ascolto per esplicitare il nucleo forte delle rappresentazioni sociali e renderlo interattivamente consapevole;
- considerare la possibilità di avviare o costituire reticoli sociali atti a interagire con i fattori organizzativi, mass mediatici e politici che influenzano la costruzione

sociale delle situazioni di disagio percepite come a rischio, legate a comportamenti orientati in base a stili di vita radicati; tenendo conto che, comunque, le norme che regolano i flussi comunicativi - massmediatici o interpersonali che siano - possono sì mutare, ma non certo con rapidità.

Per concludere in merito all’argomento ampiamente dibattuto, ricordiamo alcune delle possibili piste di lavoro basate sulla necessità di strategie plurali di comunicazione, a partire dalle ipotesi di lettura del fenomeno che sin qui abbiamo proposto:

1. Nella comunicazione sociale l’assunzione di un comportamento stabile nel tempo rappresenta una posta in gioco diversa dalla persuasione pubblicitaria che riguarda in genere scelte puntuali; tanto più se teniamo presente che mantenere nel tempo un cambiamento comportamentale è un obiettivo differente rispetto a dare semplicemente avvio ad un mutamento⁽¹⁴⁾.
2. La conoscenza di informazioni corrette è una condizione necessaria ma non sufficiente per produrre comportamenti tesi a ridurre rischi per la salute.
3. Il comportamento discende in larga misura dall’interazione di diversi fattori di influenza che non riguardano solo la sfera di consapevolezza razionale.
4. Gli interlocutori di questa comunicazione non costituiscono un tutto neutro o omogeneo, ma appartengono a gruppi diversi, eterogenei e con complesse relazioni tra loro; la comunicazione non costituisce dunque un’illusoria pratica di persuasione e consenso, ma un’arena conflittuale in cui i conflitti e le contraddizioni possono trasformarsi in agenti dinamici di cambiamento.
5. Nel contesto sociale contemporaneo le identità sociali di riferimento possono rivelare appartenenze plurali che danno luogo a continui processi di reinterpretazione e a nuovi modelli di riflessività, che hanno di fronte fonti d’informazione concorrenti e talora contrastanti; un’arena di comunicazione che voglia definirsi “pubblica” non può esimersi dal partecipare a questa contesa anche ideologica la cui posta in gioco è sempre la conquista di una legittimità sociale e culturale riconosciuta.
6. Le persone non sono semplici ricettori passivi d’informazione, ma hanno rappresentazioni e conoscenze socialmente approvate che oggi forniscono mutevoli

criteri selettivi di rilevanza e legittimazione, legandosi soprattutto ai campi d'esperienza possibile (esperienze dirette e personali, ma anche mediate o rese anonime da taluni aspetti della comunicazione di massa o dai numeri artificiali dei sondaggi d'opinione, etc.).

7. Nella comunicazione su temi di salute gruppi convenzionalmente stigmatizzati come devianti appaiono difficili da raggiungere ma pure non vanno trascurati; potrebbero in realtà costituire minoranze che, opportunamente attivate, danno luogo a effetti o processi innovativi e amplificabili di cambiamento.
8. La supposta dicotomia tra comunicazione massmediatica e interpersonale è inefficace nella comunicazione sociale sulla salute proprio perché l'arena simbolica della tarda modernità richiede strategie e strumenti d'azione plurali.

Trattasi di meri suggerimenti per contribuire a rilanciare la comprensione della comunicazione sociale, che richiedono certamente analisi più approfondite; l'auspicio è che aumenti l'interesse scientifico e applicativo per ulteriori ricerche empiriche e teoriche su temi di così complessa trattazione.

Gli spunti proposti vorrebbero essere uno sforzo sia pure incompleto e parziale di superare modelli individualistici d'informazione, mettendo invece in risalto la necessità di adottare strategie di comunicazione pubblica più comprensive e pluralistiche. In particolare, abbiamo sottolineato l'importanza dell'ambiente sociale in cui si produce e ri-produce la dinamica del senso comune, tanto rilevante nell'influenzare il nostro comportamento e le nostre abitudini quotidiane, ivi comprese quelle dei decisori pubblici⁽¹⁵⁾.

Come comunicare una diagnosi: dall'informazione alla verità

“Tutte le bugie che si dicono ai malati di cancro, e che essi dicono, indicano quanto sia diventato difficile per le società industriali avanzate adattarsi alla morte. Dal momento che la morte è oggi ritenuta un evento oltraggiosamente insensato, la malattia che viene largamente considerata sinonimo della morte è sentita come qualcosa che bisogna nascondere⁽¹⁾.”

La scelta di parlare in termini ambigui ai malati di cancro sulla natura della loro malattia rispecchia la convenzione che sia meglio evitare ai morenti la notizia che stanno morendo e che

una buona morte sia una morte improvvisa, meglio ancora se avviene quando siamo svenuti e addormentati.

Tuttavia il moderno rifiuto della morte non basta a spiegare le dimensioni delle bugie e la voglia di sentirsele dire; non siamo ancora alla paura più profonda”⁽¹⁸⁾.

Questa porzione letteraria tratta da un saggio di notevole importanza quale è *Malattia come metafora* scritto dalla statunitense Susan Sontag, ben testimonia il legame tra l'individuo e la conoscenza della malattia di cui si ha inevitabilmente paura.

La parola “cancro” suscita infatti una vera e propria ondata di sentimenti negativi e tanto i soggetti quanto i loro parenti l'associano ad immagini di sofferenza e morte.

Un atteggiamento, questo, diffuso anche nelle file del personale medico e sanitario che può trasformarsi per i malati di cancro e per i parenti più prossimi in un grave problema comunicativo⁽¹⁷⁾.

La modalità della comunicazione della diagnosi è quindi determinante per il tipo di reazione della persona alla malattia diagnosticata e costituisce la base del rapporto tra medico e paziente. In questo ambito si è verificato un cambiamento culturale fondamentale: la sostituzione del concetto di *verità* con quello di *informazione*. Un segnale, questo, che introduce degli effetti rilevanti sulla percezione dei significati e sul piano comportamentale.

In questo ambito il termine di *informazione* è sostanzialmente riferito al contenuto della comunicazione con le notizie cliniche riguardanti il paziente e non alle modalità con cui si comunica col paziente⁽²⁾.

Una disanima della letteratura sull'argomento evidenzia come numerosi studi concordano sulla volontà dei malati di cancro di conoscere la verità sulla natura, la diagnosi, la prognosi e il trattamento della malattia, anche se molti individui, in percentuale minore, preferiscono non essere informati circa le loro condizioni di salute⁽¹⁰⁾.

Le cattive notizie

Una cattiva notizia è sostanzialmente un'informazione che modifica drasticamente e influenza negativamente la visione che il malato ha del proprio futuro. Il compito dell'operatore consiste dunque nel rendere il meno traumatico possibile il passaggio dalla percezione della realtà del malato (realtà soggettiva) e la situazione reale (realtà oggettiva).

Una cattiva notizia, nel caso specifico dell'ambito oncologico, è inevitabilmente influenzata dai pregiudizi e dalle rappresentazioni sociali negative sul cancro, legate alla possibilità e alla paura della morte e che quindi rendono più difficile la comunicazione.

Nella malattia oncologica vi sono alcuni momenti comunicativi particolarmente critici:

- la prima comunicazione della diagnosi;
- la comunicazione del piano terapeutico iniziale;
- la comunicazione nel *off-therapy*;
- la comunicazione della prima recidiva della malattia;
- la comunicazione dell'inizio della fase terminale;
- la comunicazione con i familiari nella fase del lutto⁽²⁾.

Le difficoltà comunicative con i malati di cancro nascono nel momento in cui verso i pazienti c'è un rifiuto nel comunicare sia le più elementari informazioni relative alla diagnosi e alla prognosi della malattia sia sull'utilità degli interventi terapeutici adottati.

Questo "blocco comunicativo" oltrepassa i limiti della "non informazione" mentendo per paura delle reazioni. Un errore comunicativo che deriva, in buona parte, dalla scarsa conoscenza della psicologia e che evidenzia, quindi, la necessità che i medici siano coadiuvati da esperti psicologi⁽¹⁷⁾.

I motivi per cui è necessario comunicare cattive notizie al malato oncologico sono legate a delle semplici motivazioni:

- è un dovere dell'operatore professionale, innanzitutto;
- il malato vuole essere informato: la conoscenza della diagnosi e della prognosi rappresenta la condizione necessaria per poter essere consapevoli e prendere così parte, attivamente, alla cura. Tra l'altro la letteratura riporta numerosi studi che evidenziano gli effetti positivi di una corretta comunicazione ai malati di cancro riguardo la comprensione delle informazioni⁽¹²⁾;
- è un diritto della persona sancito dalla legislazione.

Vista la forte portata emotiva dell'argomento "cancro" è necessaria l'elaborazione di una strategia comunicativa efficace ed empatica che permetta una corretta informazione che risponda a requisiti di chiarezza ed esaustività.

Alcuni punti basilari di cui un operatore dovrebbe tener conto nell'ambito di una comunicazione efficace col paziente sono essenzialmente:

- evitare l'isolamento comunicativo del paziente dal suo ambiente;

- non mentire giacché comporterebbe mettere in gioco la propria credibilità;
- far comprendere al paziente la sua malattia creando cooperazione con il team curante;
- non illudere, ma offrire speranze oneste e conforto sincero.

I motivi principali per cui il personale sanitario sono restii nell'adottare una politica di informazione aperta e chiarificatrice con i pazienti sono:

- la paura delle presunte conseguenze negative della comunicazione (silenzio falsamente protettivo, bugie pietose, etc.);
- la difficoltà di elaborazione da parte del paziente della comunicazione ricevuta;
- un presunto alto rischio di suicidio nei pazienti informati;
- la facilità nel comunicare ai soli parenti e familiari;
- il nichilismo terapeutico basato spesso su inesperienza, pregiudizi e scarso aggiornamento.

Come sostiene Senn, chi ha paura delle conseguenze di una comunicazione della diagnosi al paziente deve prima chiedere a se stesso chi voglia veramente proteggere: il paziente, o forse se stesso?⁽¹⁷⁾

Sono dodici i punti proposti da Senn perché possa realizzarsi una corretta comunicazione tra medico e paziente:

- Cercare di conoscere il paziente per instaurare con lui un rapporto di fiducia, possibilmente non dopo il primo colloquio.
- Sondare il grado di informazione soggettiva del paziente con "domande di ritorno" quali ad esempio: "Che cosa pensa della sua malattia? Si è già preoccupato del suo futuro?"
- Non farsi ingannare o intimorire dal silenzio dei pazienti offrendo loro la possibilità di un colloquio chiarificatore.
- Impiegare una terminologia che tenga conto della sensibilità del paziente e dunque utilizzare il termine come "tumore maligno" e non "cancro".
- Porre il problema del paziente nel contesto delle altre malattie gravi, facendo dei confronti concreti e comprensibili (i pazienti affetti da forme tumorali diverse come il carcinoma della mammella, i carcinomi del colon retto, i linfomi maligni, etc. oggi hanno una maggiore possibilità di sopravvivenza di molti altri pazienti colpiti da patologie di competenza internistica: infarto, cirrosi epatica, insufficienza renale, certe collagenopatie, etc.)

- Lasciare sempre una speranza senza però alimentare illusioni.
- Prospettare, quando è possibile, un programma terapeutico.
- Informare parenti ed amici dietro previo consenso del paziente. In particolar modo è necessario prestare attenzione alle dinamiche familiari e amicali affinché né il paziente né i congiunti siano danneggiati (potrebbero presentarsi diverbi sull'eredità, tentati suicidi di parenti da cui si è preteso troppo, etc.).
- Informare opportunamente il team curante del paziente concordando un programma assistenziale e terapeutico coerente.
- Considerare le informazioni raccolte dal personale sanitario, e nella fase avanzata della malattia, avviare l'assistenza psicologica e/o spirituale del paziente.
- Accettare il paziente in tutte le sue manifestazioni, anche quando periodicamente rimuove la consapevolezza della sua patologia, ricordando che spesso, sviluppa aggressività proprio verso i suoi medici curanti e gli altri operatori che lo assistono.

Proteggere il paziente dalla sequela di pratiche alternative spesso consigliate dai parenti (sieri, diete, toccasana contro il cancro) continuando ad offrire un'informazione costante corretta.

Le differenti tipologie di cancro e la storia specifica di ogni paziente difficilmente permettono previsioni esatte; in tal senso è dunque opportuno che, nel momento della comunicazione, l'operatore sanitario dovrà:

- evidenziare le aspettative di sopravvivenza rispetto alla probabilità di morte;
- non comunicare che non ci sono assolutamente né cure né speranze;
- verificare che cosa il paziente recepisce di quanto gli viene comunicato.

In ogni caso dovrebbe tener soprattutto conto della disponibilità che la persona che ha di fronte lascia intendere nel voler sapere. Esistono infatti persone che:

- chiedono di essere informate;
- chiedono per essere rassicurate;
- preferiscono ricevere una mezza verità.

Il medico dovrà quindi saper prevedere come una determinata persona potrà reagire, valutare che cosa voglia veramente sapere e rispettare il desiderio di ricevere una minore quantità di informazioni.

Vi sono infatti diversi tipi psicologici che modulano le differenti reazioni di una persona di fronte ad una diagnosi di cancro e queste reazioni si possono così riassumere:

1. razionalizzare: ricercare un'informazione maggiore;
2. condividere l'ansia: cercare di condividere e parlare con altri delle proprie preoccupazioni;
3. minimizzare: sottovalutare la gravità della diagnosi;
4. reprimere: cercare di non pensarci;
5. spostare: impegnarsi in altre attività per distrarsi;
6. ridefinire: accettare la diagnosi, ma trovarne aspetti favorevoli;
7. *acting out*: fare qualunque cosa;
8. essere fatalisti – rassegnazione: subire passivamente l'inevitabile;
9. usare raziocinio: valutare eventuali alternative;
10. modulare la tensione: cercare di ridurre la tensione attraverso azioni quali bere in eccesso, lasciarsi andare ad abbuffate, etc.;
11. ridurre degli stimoli: ritirarsi dalle situazioni sociali ed isolarsi;
12. proiettare: prendersela con qualcuno o con qualcosa;
13. compliance: seguire le indicazioni di una persona cui potersi fidare;
14. internalizzare: prendersela con se stesso.

La comunicazione di una cattiva notizia è un processo strettamente legato alla capacità del malato di scoprire, accettare, comprendere ed elaborare la malattia. I modelli per tale comunicazione sono diversi e variano sulla base dei contesti culturali:

- *Il modello della non-comunicazione* è generalmente il più diffuso nei paesi mediterranei di cultura latina.
- *Il modello della comunicazione completa* è invece tipico dei paesi anglosassoni come USA, Canada, Australia e nord Europa.
- *Il modello* che generalmente viene suggerito come preferibile è quello *della comunicazione personalizzata* che sintetizza i diversi protocolli comparsi recentemente in letteratura in un documento della WHO che fissa i punti essenziali per l'apprendimento delle abilità richieste e per la realizzazione di interventi nella pratica clinica⁽²²⁾. Altro documento suggerito è il Protocollo di Girgis e Sanson-Fisher (1998) che fornisce linee guida per comunicare cattive notizie⁽⁷⁾. Inoltre il Protocollo di Okamura & coll. (1998) testo utile per comunicare la verità al malato secondo quelle che sono le direttive adottate in Giappone dal National Cancer Center e altri ospedali⁽¹³⁾. Il Protocollo di Baile, Buck-

man & coll. (2000) denominato S.P.I.K.E.S., un acronimo formato dalle lettere dei sei passi fondamentali costitutivi dell'intervento che a partire dall'esplorazione delle conoscenze e delle aspettative del malato arrivano alla comunicazione della verità nel rispetto dei tempi e della volontà del malato.

Conclusioni

Analizzare le relazioni sociali tra due o più sistemi dai quali nascono dei meccanismi che si attuano nella comunicazione su un tema relativo alla promozione della salute e dei meccanismi di difesa che conseguono la ricezione, può interferire sull'orientamento del comportamento.

In questa prospettiva, quindi, le *conoscenze* (assunzioni e credenze) sono alla base del possibile cambiamento del comportamento in un situazione di educazione e promozione della salute.

Nessuna teoria presente in letteratura riesce a tenere in considerazione, in una visione organica, tutti i fattori implicati nel comportamento "di salute", ma le singole teorie possono aiutarci a focalizzare i diversi aspetti comportamentali e a scegliere gli interventi di modifica del comportamento più appropriati per il nostro obiettivo.

Sebbene la conoscenza del comportamento umano non possa predire le azioni di una persona, essa può fornire una spiegazione su come è probabile che certi gruppi di persone si comporteranno.

Le teorie spiegano la natura e le cause di un dato problema e forniscono le linee guida per gli interventi pratici. Chiaramente esse possono non essere in grado di cogliere tutti gli elementi in gioco e il grado di importanza relativo a ciascun elemento misurato può variare ampiamente sia tra gli individui che tra le popolazioni.

Il successo di un intervento di prevenzione e promozione della salute è garantito se vi è un equilibrio dinamico tra una molteplicità di interventi contestuali con approcci di tipo individuale, gruppale, organizzativo ed ambientale.

Superando le singole teorizzazioni, i programmi di intervento dovrebbero includere strategie per quanto possibile multiple in modo da integrare obiettivi di cambiamento del comportamento, delle cognizioni sottostanti e del contesto in cui si realizzano.

Dichiarazione di conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di non aver ricevuto alcun finanziamento per il seguente studio e di non aver alcun

interesse finanziario nell'argomento trattato o nei risultati ottenuti.

Bibliografia

1. Alfano A. (a cura di) (2001), La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
2. De Santi A., Noviello S. (a cura di) (2007), Manuale di valutazione della comunicazione in oncologia, Lazio Sanità-Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio – Istituto Superiore di Sanità, Roma.
3. DiClemente C.C., Prochaska J.O. (1982), Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7.
4. Doise W. (1993), Debating social representations, in G. M. Breakwell and D. V. Canter, *Empirical Approaches to Social Representations*, Clarendon Press, Oxford.
5. Douglas M. (1992) *Risk and Blame*, London and New York, Routledge (trad. it. *Rischio e colpa*, Il Mulino, 1996, Bologna).
6. Duveen G. (1998), The Psychosocial Production of Ideas. *Social Representations and Psychologic*, in *Culture & Psychology*, vol. 4 (4).
7. Girgis A., Sanson-Fisher R. W. (1995), Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners, in *Journal of Clinical Oncology* 13.
8. Hilgartner S. and Bosk C.L. (1988), The Rise and Fall of Social Problems. A Public Arenas Model, in *American Journal of Sociology*, vol. 94.
9. Janis I. & Feshback S. (1953), Effects of fear arousing communications, in *Journal of Abnormal and Social Psychology*, v.48.
10. Lind S., E. Del Vecchio Good, M. J. Seidel et al. (1989), Telling the diagnosis of cancer, in *Journal of Clinical oncology* 7.
11. Marková I., Power K. (1992) Audience Response to Health Message about Aids, in T. Edgar, M.A. Fitzpatrick and V. Freimuth (eds), *Aids. A Communication Perspective*, Hove and London, Lawrence Erlbaum Associated.
12. Maynard D.W. (1996), On "realization" in everyday life: the forecasting of bad news as social relation. In *Am Social Rev* 61.
13. Okamura H., Uchitomi Y., Sasako, M. et al. (1998), Guide lines for Telling the Truth to Cancer Patients, in *Jpn J Clin Oncol* 28 (1).
14. Paganetto L. (2000), Introduzione, in *Esperienze di marketing sanitario*, Franco Angeli, Milano.
15. Pagni M. (2008), *La comunicazione autentica. Negli affetti, al lavoro, nei conflitti*, Apogeo, Milano.
16. Poggi I. (a cura di) (2008), *La mente del cuore. Le emozioni nel lavoro, nella scuola, nella vita*, Armando Editore, Roma.
17. Senn H.J. (1989), La franchezza con il malato, in F. Meerwein (a cura di). *Psicologia e oncologia*, Bollati Boringhieri, Torino.
18. Sontag S. (2002), *Malattia come metafora. Cancro e Aids*, Mondadori, Milano.
19. Waisbord S. (2001), Family tree of theory, methodologies and strategies in development communication: convergences and differences.

20. Winkin Y. (1996) *Anthropologie de la communication*, DeBoeck, Paris-Bruxelles.
21. Wolf M. (1985), *Teorie delle comunicazioni di massa*, Bompiani, Milano
22. World Health Organization (WHO) (1948) *Constitution of the World Health Organization*, Geneva - traduzione italiana *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità* disponibile all'indirizzo <http://www.admin.ch/ch/i/rs/i8/0.810.1.it.pdf>

Corrispondenza e richiesta estratti:

Roberta Fulgenzi
roberta.fulgenzi@aslroma1.it