

Sintesi dell'intervento della Dott.ssa Alessandra Saggin

Divisione Amministrazioni Pubbliche
Scuola di Direzione Aziendale, Università Bocconi - Milano

La promozione della salute - definita dall'OMS come *il processo che permette alla popolazione di aumentare il controllo dei fattori che determinano la salute al fine di promuoverla e sostenerla* - è stata oggetto di numerosi studi e programmi, con risultati parzialmente soddisfacenti.

Cinque sono i campi d'azione identificati nella Carta di Ottawa (1986) per sviluppare una strategia di promozione della salute (Ziglio, 2001):

- la creazione di politiche pubbliche (sociali, agricole, del trasporto, del turismo, della pianificazione urbana) orientate verso la promozione della salute;
- il rafforzamento dei processi di partecipazione dei cittadini nella formulazione, implementazione e valutazione di politiche che, direttamente o indirettamente, influiscono sulla promozione della salute;
- la costruzione di ambienti (lavorativo, scolastico) che supportino la promozione della salute;
- lo sviluppo di abilità personali per migliorare la qualità delle decisioni inerenti la salute di ciascun individuo e della popolazione nel suo insieme;
- il ri-orientamento dei servizi sanitari verso la promozione della salute e non solo sulla cura e riabilitazione).

Per quanto riguarda il quarto punto, numerosi sono stati i programmi e le campagne informative utilizzati per promuovere la salute (fumo, droghe, obesità, alcool), tutti miranti a influenzare la qualità delle decisioni individuali, quindi i comportamenti delle singole persone. Per lo più hanno prodotto risultati deludenti (rapporto costo/benefici), evidenziando in particolare una scadente efficacia nel ricondizionare la popolazione a rischio.

A livello individuale i principali fattori che contribuiscono a rendere complesso e difficoltoso promuovere la salute sono:

1. la definizione del concetto di salute
2. la difficoltà di modificare comportamenti consolidati
3. la percezione del rischio
4. le fasi del cambiamento

1. La definizione del concetto di salute.

Non esiste un consenso sul significato della parola salute, nonostante la definizione proposta nel 1946 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: *La salute non è semplicemente l'assenza di malattia, ma lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*. Infatti, la salute se c'è non si sente e in genere nemmeno si vede, e viene per lo più avvertita come il contrario di ciò che si sta vivendo in caso di infermità o handicap. La domanda di Gadamer (1993) - *In che cosa consiste il benessere se non proprio nel fatto di non costituire il centro dell'attenzione, permettendoci di essere liberamente aperti e pronti a tutto?* - evidenzia la difficoltà che si incontra nel definire il concetto di salute, con riflessi molto profondi anche sull'efficacia degli interventi di marketing sociale.

Un aspetto distintivo del "bene salute", ad esempio, è rappresentato dallo spazio molto ampio per la soggettività sia di chi promuove le azioni di marketing sia dell'utente finale (Rotondi, Saggin, 2002), con la conseguente necessità di ripensare gli interventi a partire



dall'utente, coinvolgendolo in un percorso dialettico a due vie, come ha ribadito recentemente Norman (2001).

2. La difficoltà di abbandonare comportamenti consolidati e adottarne di nuovi

E' opinione diffusa che uno dei principali fattori responsabili della complessità dell'applicazione del marketing ai problemi sociali sia legato al fatto che non si promuove il consumo di beni i cui benefici sono noti e rapidamente godibili, ma l'adozione di nuovi comportamenti più favorevoli alla salute, i cui benefici tuttavia non sono ancora stati sperimentati dall'utente.

Modificare stabilmente comportamenti, infatti, richiede un cambiamento della cultura delle persone, delle loro convinzioni e abitudini: è un lavoro che ciascuno può fare solo per sé e non al posto di un altro. L'informazione di per sé non può quindi determinare un cambiamento stabile nel tempo, che sarà invece il frutto di una riflessione personale e della successiva decisione di modificare convinzioni e pensieri, che produrranno nuove abitudini stabili.

Le fasi di presa di coscienza e di decisione sono spesso ostacolate da "scorciatoie della mente"- definite *euristiche* o *tunnel della mente* - che rendono le persone, indipendentemente dal livello culturale *istintivamente* scadenti valutatori di probabilità e pessimi decisori di fronte a più alternative (Piattelli Palmarini, 1993). La maggior parte delle persone, ad esempio, dà per scontata la buona salute e opera attivamente per ottenere altro, spesso anche a scapito della buona salute, pentendosi poi amaramente non appena compaiono i sintomi di un malessere serio, come afferma un vecchio proverbio: *tutti noi passiamo la prima metà della vita a rovinarci la salute e la seconda metà a curarcela*. La profonda irrazionalità in materia di salute è illustrata, ad esempio, dai risultati di un'inchiesta condotta in Francia negli anni Settanta sui *fattori soggettivi che contribuiscono alla felicità*. La maggioranza degli intervistati indicava "un'altra persona" come il più importante fattore di felicità, seguito da "la piena realizzazione delle proprie potenzialità", il fattore "denaro" era posto in basso nella gerarchia e all'ultimo posto della scala di importanza veniva indicata la voce "essere in buona salute". Il questionario conteneva anche domande sui fattori ritenuti causa di infelicità e in questo caso "il non essere in buona salute" veniva collocato da tutti gli intervistati al primo posto, ad indicare che l'essere in buona salute è qualcosa che si presuppone quando ci si chiede in cosa consiste essere felici. Questo processo mentale, noto col nome di "inversione delle preferenze", evidenzia come i giudizi sulla salute, ritenuti ovvii, spesso non siano razionali. Gli studi sulle illusioni cognitive possono essere di aiuto nel comprendere la parziale inefficacia degli interventi informativi. Si tratta di fenomeni caratterizzati dal fatto che nel prendere decisioni non vengono utilizzate le conoscenze presenti, così come nelle illusioni ottiche l'occhio vede quel che vede, pur sapendo che la realtà è diversa, i "moduli" mentali restano impervi alle correzioni suggerite dalla logica, dall'aritmetica, dal giudizio razionale e dal calcolo delle probabilità.

Conoscere i tunnel della mente può aiutare a costruire i messaggi in modo più efficace, ma soprattutto mette in evidenza la necessità di attivare processi comunicativi a due vie. Le illusioni cognitive che possono interferire con maggiore probabilità nel decidere di cambiare abitudini e comportamenti sono:

1. L'effetto di incorniciamento delle scelte (*the framing of choices*): la maggioranza delle persone non riconosce la perfetta equivalenza in termini statistici di due dati, se sono "incorniciati" in modo diverso.
2. La segregazione delle decisioni: per connaturata "pigrizia cognitiva" si tende a restare prigionieri della cornice che viene fornita. In pratica si tende ad accettare un problema così come viene presentato e a risolverlo così come è stato prospettato (acquiescenza), e nella valutazione delle possibili scelte si passano al vaglio solo le azioni e le decisioni che

hanno un effetto immediato sulla situazione, vista nella sua immutabile cornice (segregazione). C'è inoltre un'asimmetria cognitiva nella valutazione di guadagni e perdite: si è propensi al rischio (*risk seekers*) in situazioni di possibile perdita e avversi al rischio (*risk-averse*) in situazioni di possibile guadagno.

3. L'effetto congiunzione: si tende a ritenere più probabile ciò che riesce più facile immaginare, ciò che appare più "tipico", e i giudizi di tipicità (cioè i cliché mentali), anche se basati su indizi debolissimi, portano a trascurare le probabilità oggettive, anche in possesso di informazioni che potrebbero permettere di fare giudizi più accurati (disattenzione per le frequenze di base). È stata evidenziata in particolare una peculiare incapacità di valutare rischi e probabilità.

4. Il tunnel dell'asimmetria diagnostica: nelle oggettive correlazioni di frequenza si tende a dare rilevanza al rapporto fra causa ed effetto, rifiutando di ammettere anche che il "verso" della freccia - che va dalla causa all'effetto - risulti del tutto irrilevante ai fini di una correlazione statistica; una causa comune, quindi, viene ritenuta più "diagnostica" dei suoi effetti comuni.

Nella pianificazione dei programmi di promozione della salute è utile tenere in considerazione i sette pericoli più gravi e più insidiosi determinati dalle illusioni cognitive (Piattelli Palmarini, 1993):

- sicumera (*overconfidence*): le persone tendono ad essere sicuri delle loro credenze molto di più di quanto esse siano realmente affidabili, e ciò aumenta con la competenza;
- pensiero magico (*illusory correlation*): quando si è convinti di una correlazione positiva fra due eventi se ne trovano continuamente nuove ed evidenti conferme che ne giustificano le cause, anche se ciò è del tutto falso e illusorio;
- il senno di poi (*predictability in hindsight*): in perfetta buona fede si pensa che si sarebbe potuto prevedere quello che è successo, quando si sa effettivamente come sono andate le cose;
- l'ancoraggio (*anchoring*): la revisione di un giudizio intuitivo e impulsivo non sarà mai tale da annullarlo del tutto, per questo si tende a restare ancorati al giudizio iniziale, facendo solo delle correzioni a partire da questo;
- la facile rappresentabilità (*ease of representation*): se un evento è facile da immaginare mentalmente e determina un'attivazione emotiva si sovrastima l'effettiva possibilità che si verifichi;
- la cecità per le probabilità (*probability blindness*): le persone sono particolarmente incapaci di tener conto delle probabilità del verificarsi di un evento, sono prese in considerazione solo le due alternative presenza o l'assenza di un rischio e tutte le gradazioni intermedie sono scotomizzate. Per esempio non si è disposti ad investire perché il rischio di un evento negativo scenda dal 30% al 3%, eppure si tratta di una riduzione di dieci volte, mentre si è disposti a fare di tutto perché passi dall'1% allo 0% anche se si tratta di una riduzione ben più modesta;
- la manipolazione delle credenze attraverso copioni (*reconsideration under suitable scripts*): un evento giudicato altamente improbabile viene giudicato estremamente più probabile se alla persona vengono narrati scenari intermedi che potrebbero, passo dopo passo, condurre a tale conclusione. Tracciare una sequenza di eventi concatenati plausibili, anche se altamente improbabili, rende immediatamente meno apparentemente improbabile l'evento finale di quanto non lo fosse se considerato separatamente.

3. La percezione del rischio

Particolare interesse per orientare le campagne di promozione della salute appaiono gli studi sulla percezione del rischio, definita come l'interpretazione cognitiva, affettiva e comportamentale che il soggetto elabora nei confronti di eventi esterni in grado di indurlo

un danno, che indica quanto una persona è in grado di percepire come reale un rischio. Essa può essere indipendente dal livello informativo ma è strettamente correlata con:

- l'alta attitudine al rischio, tratto di personalità che spinge le persone a ricercare sensazioni forti, a vivere una vita avventurosa e, nel grado estremo a correre rischi e pericoli che possono costituire una minaccia per la sua incolumità fisica e psicologica in una continua sfida con i propri limiti (Cloninger et al., 1993);
- il locus of control - cioè il grado di controllo che una persona ritiene di esercitare sul proprio destino - esterno, che porta la persona ad attribuire alla "fortuna" o al "caso" il ruolo più importante all'interno della propria esistenza, e a ritenere che se una persona è sfortunata si ammala indipendentemente dai comportamenti. Tipicamente queste persone tendono a non mettere in atto comportamenti preventivi;
- le tendenze autodistruttive;
- l'ambiente socio-culturale di provenienza;
- la cultura del gruppo sociale di riferimento e la pressione sociale presente in esso;
- la presenza di una relazione affettiva coinvolgente.

4. Le fasi del cambiamento

Considerando la comune difficoltà incontrata dagli operatori nel promuovere nuovi comportamenti (abbandono del fumo, acquisizione di salutari abitudini di vita, ecc.) sono stati sviluppati modelli per comprendere come le persone cambiano spontaneamente. Tali informazioni sono particolarmente utili per definire strategie di intervento diverse in relazione allo stadio di cambiamento nel quale si trova la persona.

Il modello più utilizzato è quello di Prochaska (1993), che identifica sei stadi di cambiamento:

Stadio 1: pre-meditazione.

La persona in questa fase non è intenzionata ad agire in alcun modo, ma comincia ad avvertire la necessità di un cambiamento nel lungo periodo, sia per convinzioni personali sia per l'influenza esercitata dal gruppo sociale di riferimento. Cerca nuove informazioni, comincia a valutare vantaggi e svantaggi del cambiamento, e inizia a rendersi conto di come il comportamento da modificare influenzi sia la condizione fisica che i rapporti con gli altri.

Stadio 2: meditazione.

La persona prende coscienza di ciò che sente e pensa in relazione al comportamento problematico, e comincia a sviluppare una base motivazionale per modificarlo, anche se non è ancora in grado di agire. Ci sono persone che restano cronicamente ferme in questa fase e che sostituiscono il pensare al fare, il loro motto è "se sei indubbio, non cambiare".

Stadio 3: preparazione.

È la fase in cui l'individuo opera una scelta cosciente e si impegna ad agire per cambiare il proprio comportamento problematico.

Stadio 4: azione.

La persona si impegna realmente a modificare il suo comportamento con partecipazione attiva, definendo anche una strategia di rinforzo e di mantenimento personalizzata. In questa fase le persone imparano a ricercare relazioni di aiuto, e acquistano il controllo sulle situazioni e le cause che influiscono sui loro comportamenti, ad esempio limitando le circostanze che evocano il problema comportamentale e ristrutturando il proprio ambiente per evitare le situazioni ad alto rischio.

Stadio 5: mantenimento.

La persona mostra una consistente e continua modifica dei comportamenti che può essere duratura fino a fissarsi in un comportamento stabile. La riuscita di questa fase dipende dai fattori soggettivi ma anche dalle pressioni sociali del gruppo di riferimento. In questa fase,

che deve durare sei mesi-un anno, per poter gestire eventuali ricadute, gli individui aumentano le loro alternative per emettere comportamenti non problematici.

Stadio 6: conclusione.

La conclusione si ha quando non esistono più tentazioni che possano evocare il comportamento problematico. Rappresenta uno stadio molto difficile da raggiungere, ad esempio nel caso dell'obesità meno del 20% delle persone che sono da lungo tempo nello stadio di mantenimento possono rispondere ai criteri della conclusione.

Le riflessioni proposte mirano ad evidenziare la necessità di utilizzare tutti gli strumenti del marketing mix per promuovere la salute, adattandoli a diversi segmenti della popolazione. Una particolare attenzione dovrebbe essere posta nella definizione del contenuto del messaggio e nella scelta del mezzo; si tratta infatti di riuscire a persuadere le persone a dare un valore alla salute, prima che ci sia uno stato di malattia, e a desiderare di mantenerla.

Può essere utile a questo proposito ricordare alcuni degli aspetti che si sono rivelati più importanti nel processo di persuasione (Piattelli Palmarini 1995):

- l'originalità: nessuno si lascia persuadere da un argomento che ha già incontrato numerose volte, è necessario che ci sia qualcosa di nuovo e originale;
- lo stile: per sua natura intima il persuadere esclude non solo la minaccia e il ricatto ma anche mosse sleali come l'appello alla pietà o alla fiducia cieca;
- la logica della persuasione, che non coincide con la logica pura: per persuadere si devono attivare l'immaginazione e il raziocinio, si devono muovere sentimenti e talvolta passioni, ma sempre in modo delicato;
- la pertinenza: essere persuasivi significa riconoscere e far riconoscere all'interlocutore nuove relazioni di pertinenza, a partire dalle relazioni già presenti e consolidate.

Soprattutto è necessario che la persona sia *libera di lasciarsi persuadere*, quindi non solo libera di volere e di agire, ma anche di pensare, credere e decidere.

Bibliografia

1. <<Les français et le bonheur>>, *Le Nouvel Observateur*, 3 settembre 1973 (n. 460).
2. Cloninger C.R., Dragon M.S., Przybeck T.R. (1993): "A Psychobiological Model of Temperament and Character". *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-990.
3. Gadamer H.G. (1993): *Ueber die Verborgenheit der Gesundheit*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main. Tr.it. (1994): *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
4. Norman R. (2001): *Reframing Business. When the Map Changes the Landscape*. Tr. it. *Ridisegnare l'impresa. Quando la mappa cambia il paesaggio*. Etas Libri, Milano.
5. Piattelli Palmarini M. (1993): *L'illusione di sapere. Che cosa si nasconde dietro i nostri errori*. Mondadori, Milano.
6. Piattelli Palmarini M. (1995): *L'arte di persuadere. Come impararla, come esercitarla, come difendersene*. Mondadori, Milano.
7. Prochaska J.O. (1993). Working in Harmony with How People Change Naturally. *The Weight Control Digest* 3, 249- 254.
8. Rotondi P., Saggin A. (2002): *Persona e Organizzazione. Sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità*. McGraw-Hill, Milano.
9. Ziglio E. (2001): *L'approccio della promozione della salute e il suo sviluppo nella regione europea*. Punto Omega n. 5/6.