

## **Le sfide della comunicazione per la salute**

PINA LALLI<sup>1</sup>

Comunicazione: un termine quasi diventato di moda, oggi, tanto pare essere al centro di nuovi processi tecnologici, istanze economiche, politiche e sociali in genere. Tecniche - cosiddette - di comunicazione, arti più o meno esteticamente plausibili, per "comunicare in pubblico", "comunicare con gli altri", "manipolare", "sedurre", influenzare etc. diventano a prima vista disponibili, provenienti da più aree disciplinari ed applicate a diversi settori organizzativi e istituzionali.

Ma forse occorre riflettere su che cosa intendiamo parlando di comunicazione; in particolare quando vogliamo comunicare su temi di densa rilevanza sociale come appunto è la salute. Bastano le etichette di efficacia, trasparenza, chiarezza, o criteri estetici e strumentali per valutarla e organizzarla? Se la posta in gioco consiste nel realizzare una vera e propria *comunicazione sociale*, forse può valere talvolta la pena fermarsi ad analizzare invece che scegliere l'urgenza dell'immediato limitandosi ad un discorso tecnico, magari più consolidato nei settori privati del marketing, ad esempio, ma spesso meno complessivamente efficace su tematiche che toccano l'esperienza e il comportamento quotidiano delle persone.

Vorremmo perciò mostrare che alcuni assiomi convenzionali sulla comunicazione spesso rischiano di risultare riduttivi se teniamo conto di quanto complicato sia il processo pratico di elaborazione degli effetti delle informazioni sul comportamento quotidiano. Cercheremo in particolare di sottolineare l'importanza di quello che possiamo chiamare *ambiente sociale* della comunicazione. Là dove, invece, molti principi ispirati a competenze comunicative di tipo quasi-tecnico sono legati ad una prospettiva di analisi della comunicazione fondata in gran parte sull'informazione.

Diverse teorie considerano le nostre azioni come razionali e i nostri errori (ad es. gli equivoci o le incomprensioni) derivanti da contingenti disturbi emotivi, carenze di risorse personali e cognitive, o pregiudizi quasi ascrittivi. Pertanto, si ritiene spesso che per poter predire e influenzare il comportamento di qualcuno basterebbe riuscire a fornirgli un bagaglio sufficiente di informazioni che gli chiariscano i costi e i benefici di

determinate azioni. Dovrebbe dunque bastare chiarire ad un fumatore che "il fumo nuoce alla salute", e che smettere di fumare gli darebbe più benefici rispetto ai danni individuali e collettivi che esso provoca se lo consideriamo dal punto di vista della conoscenza razionale. Un altro luogo comune è che i problemi che riguardano la salute siano lo specchio obiettivo di situazioni reali di disagio e siano per questo evidenti, che basti cioè mostrarli per farli diventare problema rilevante per l'informazione, aspettandoci cioè che tutti li considerino come istanze vicine alla propria esperienza e parte integrante della propria realtà, in modo tale da rendere importante ogni informazione che le riguarda, sollevando immediata attenzione.

Prendiamo un esempio. La cosiddetta "teoria dell'azione ragionata " (o ragionevole: *theory of reasoned action*) applica diverse variabili tratte dai modelli di *health belief* per impostare una teoria predittiva dei modi in cui persuadere a cambiare comportamenti a rischio. Gli "*Health Belief Models*" furono elaborati negli anni '50 e sono stati a lungo dominanti nella letteratura scientifica sulla comunicazione pubblica, ispirando numerosi schemi operativi di campagne d'informazione sui rischi per la salute. In questa prospettiva il fattore d'influenza ritenuto più importante è *l'intenzione* di intraprendere un comportamento. Essa dipenderebbe dall'atteggiamento della persona verso un determinato comportamento; a sua volta, l'atteggiamento discenderebbe da una valutazione individuale del rapporto costi-benefici stimato per realizzare quel comportamento. Un fattore ammesso come secondario e considerato di sfondo, dandolo in pratica per scontato, quasi non ne fosse necessaria una specifica tematizzazione, è l'influenza esercitata da credenze normative soggettive costituite dalle aspettative individuali rispetto a ciò che "gli altri pensano egli [l'individuo] debba fare" (Kashima, Gallois, McCamish 1992, p. 25).

Sulla base di questo modello teorico di azione razionale, i programmi educativi e comunicativi tesi a mutare i comportamenti a favore di una promozione della salute prenderanno in considerazione l'obiettivo di fornire informazioni che puntino ad influire soprattutto sugli atteggiamenti individuali e sulle intenzioni che si presume siano rilevanti per quel determinato comportamento.

Ma ci sono tre aspetti che mettono in discussione la teoria "razionale". Primo, è poi così vero che un individuo è influenzato soltanto da norme soggettive e non anche dall'interazione di "influenze molecolari" (v. Moscovici 1994) che agiscono nelle

---

<sup>1</sup> Dipartimento Discipline della Comunicazione, Università di Bologna

interazioni praticate nei diversi gruppi informali in cui egli vive? Secondo, è davvero così chiaro che il quadro decisionale sul comportamento da intraprendere sia sempre e comunque di pertinenza individuale, laddove, invece, molti comportamenti hanno bisogno di significati derivanti dalla comunicazione e dalla cooperazione tra più persone? Terzo, *last but not least*, è poi così vero che l'intero comportamento sia - come supposto da questa teoria - sottoposto ad un controllo unitario, intenzionale e consapevole, laddove, invece, ciascuno di noi può sperimentare nella sua vita quotidiana l'esistenza di pratiche di auto-inganno nella costruzione della nostra identità sociale? Anche volendo supporre che il processo decisionale sia di tipo individuale, dobbiamo tener presente che il sé decisionale non è semplicemente un "io" unitario, bensì l'effetto di relazioni con la pluralità dei gruppi a cui apparteniamo e a cui facciamo riferimento. Per questo esso rischia spesso di incappare in credenze normative potenzialmente contraddittorie. Ciò può rendere talvolta difficile valutare la legittimità riconosciuta alle diverse fonti d'informazione o d'opinione, a loro volta plurali in una società complessa come la nostra. L'informazione scientifica e "razionale" passa attraverso:

a) uno spazio mediatico che può comprendere varie differenziazioni e spazi intermedi di rappresentazione al suo interno (non esistono ad esempio solo documentari o trasmissioni o articoli a stampa specifici, ma vi sono anche aree di "fiction" dove le informazioni sono intrecciate in modi meno controllabili, oltre che un'espansione progressiva di offerte informative plurali, dalla cartomante all'ultimo marchingegno quasi-miracoloso lanciato sul mercato per sconfiggere il tale o tal altro disturbo);

b) un'arena simbolica *locale* fatta di interazioni tra gruppi che rielaborano e riconfigurano i significati specifici delle diverse informazioni ricollocandoli all'interno dei campi d'esperienza quotidiani del senso comune. Quando ad esempio si parla di "sovra-informazione", caratterizzandola come un fenomeno tipico del nostro tempo, in realtà ci si sta riferendo ai molteplici accessi informativi virtualmente possibili per gli individui, in relazione alle risorse culturali e socio-economiche a loro disposizione.

Un autore che ben illustra presupposti e conseguenze di questa complessa "distribuzione sociale della conoscenza" è A. Schütz (v. in part. 1971), il quale mette in risalto sia le diverse tipologie d'individuo sociale sia - soprattutto - l'importanza peculiare dei processi di attribuzione di significato in relazione alle fonti socialmente

riconoscibili e ai campi specifici d'esperienza più o meno distanti dalla dimensione pratica a cui gli individui collegano le diverse informazioni.

Il problema diventa quindi come conquistare un posto sociale considerato legittimo in quest'arena competitiva di credenze ed opinioni normative. Da tale angolatura, la comunicazione smette di apparire neutrale o meramente consensuale: sottolineando la presenza di "arene" in cui si contengono rilevanza più tipi di fonti d'informazione e d'informazione stessa, si valorizzano le caratteristiche riflessive, discorsive e pratiche dei soggetti che partecipano a diverso titolo all'interazione comunicativa. Le arene in cui essa avviene sono da intendere qui come luoghi simbolici in cui si costruiscono le definizioni dei problemi sociali: "riteniamo che l'attenzione pubblica sia una risorsa scarsa, allocata attraverso la concorrenza (...), notando l'importanza delle selezioni operate da *'gatekeepers'* culturali ben posizionati per controllare il flusso dei messaggi (...), sottolineando l'importanza e l'interrelazione tra le istituzioni e i reticoli sociali in cui le definizioni dei problemi sono inquadrare e presentate" (Hillgartner e Bosk 1988, 55).

Diventa chiaro in questo quadro quanto sia importante ad esempio analizzare quale sia il ruolo della medicina nell'arena pubblica come sistema esperto sulla salute. Quanto essa si pone oggi il problema di comprendere e fare i conti con i reticoli dove vivono i suoi "clienti"? Quanto e come essa costituisce oggi l'unica fonte di comunicazione considerata legittima sulla definizione di concetti come salute e benessere o di temi connessi al disagio o alla malattia? Oggi, la medicina rappresenta davvero un'istituzione dal significato unitario, la sola accreditata per dare un'informazione ritenuta significativa per influire sul comportamento corretto per la salute? Oppure può accadere che, nonostante la sua indubbia scientificità socialmente approvata, la medicina scientifica ed accademica debba trovarsi in talune occasioni a competere con altre fonti forse meno istituzionali, ma non per questo meno agguerrite, e sia quindi costretta a lottare per guadagnare la rilevanza attesa nella nostra arena pubblica di comunicazione sociale?

E' probabile, in effetti, che oggi la medicina debba confrontarsi con un contesto in cui la vita sociale è caratterizzata dalla presenza di istanze molteplici e plurali. Inoltre, prendere in considerazione solo la razionalità rischia di far trascurare l'importanza delle relazioni sociali e delle loro influenze sui significati percepiti di salute e benessere, nel quadro culturale e simbolico della tarda modernità. Persino il livello di attenzione a

problemi medici specifici "non è funzione soltanto della sua oggettiva descrizione e presentazione, ma è determinato anche da un processo di definizione collettiva" (Hillgartner e Bosk 1988, 66). Perciò gli operatori professionisti di ciascun campo non possono non confrontarsi con gli scenari socio-culturali, nonché i contesti e i meccanismi interpretativi e selettivi che le loro informazioni incontrano. Come sostiene Giddens (1991, pp. 102, 125):

"i regimi che riguardano il corpo (...) nella tarda modernità si aprono ad un'attenzione continua e selettiva, sullo sfondo di una pluralità di scelte possibili (...). La proliferazione degli specialismi è accompagnata dalla progressione di istituzioni moderne e il progressivo restringersi delle arene specialistiche sembra essere l'esito inevitabile dello sviluppo tecnico. Aumentando di numero, gli specialismi diventano concentrati e più piccolo diventa il campo in cui un individuo può rivendicare competenza esperta; anche in altre arene della vita si troverà nella stessa situazione; come chiunque altro. Il carattere mutevole ed evolutivo della conoscenza moderna fa sì che, perfino in campi in cui gli esperti condividono un consenso, gli 'effetti filtro retroattivi' sulla conoscenza e sulla pratica dei non specialisti siano ambigui e complessi. Il clima di rischio della modernità è quindi instabile e in continuo sconvolgimento per chiunque: nessuno vi sfugge".

Ciò implica anche una nuova interpretazione dell'accettazione "passiva" di eventi o comportamenti presentati potenzialmente "a rischio" per la salute, ad esempio. Se seguiamo ancora l'argomentazione di Giddens, vediamo come non sia affatto semplice ridurre il problema delle responsabilità di una "cattiva informazione" attribuendola agli interessi di multinazionali o di grandi corporazioni che "cospirerebbero per disorientare il pubblico sui livelli reali di rischio, o usando la pubblicità (...) per garantirsi che una parte importante della popolazione abbia abitudini e comportamenti a rischio" (*ivi*, 125). Né basta pensare che la maggioranza delle persone comuni "non sia sensibile al rischio distribuito individualmente o differito" (*ibidem*). Certo si tratta, sostiene Giddens, di elementi ed aspetti che indubbiamente esistono e hanno il loro peso, ma pure non costituiscono i fattori d'influenza più importanti, che riguardano invece il quadro culturale dello stile di vita contemporaneo: "Dal momento che alcune pratiche specifiche sono di solito messe in atto all'interno di un *cluster* integrato di abitudini e stili di vita, l'individuo non riconosce sempre (...) i rischi come fossero eventi isolati, a parte" (*ibidem*).

Diventa quindi evidente come le questioni correlate alla salute non siano più considerabili soltanto aspetti considerati tecnici o propri di esperti, derivanti da mera conoscenza razionale. Esse riguardano anche l'identità del sé socialmente costruita oltre che il mondo della vita politica ed economica. Il corpo e il sé sono strettamente legati

nel processo di attribuzione di significato delle nostre strategie di valutazione del rischio nella vita quotidiana. Il clima culturale della tarda modernità rende il corpo meno "passivo" e "docile" nei confronti dell'informazione e dell'autorità istituzionale, proprio a causa della nuova riflessività e pluralità di scelte possibili nell'arena comunicativa pubblica della nostra società. Ma allora, l'informazione medico-scientifica può influenzare meglio tanto più riesce a confrontarsi con questa nuova riflessività contemporanea che coinvolge la cultura del corpo e con i *contesti interpretativi* che "metabolizzano" l'informazione - rimanipolandola - nell'ambiente sociale della comunicazione. Il corpo - come in modo mirabile tanti antropologi ci hanno mostrato anche in culture diverse dalla nostra (v. fra gli altri Lévi-Strauss 1958; Douglas 1972) - non è solo un'entità fisiologica o meramente biologica, poiché lo si inserisce in un processo d'interazione, in cui si operano sia una simbolizzazione collettiva socialmente approvata e condivisa, sia una riappropriazione riflessiva e selettiva e contestuale, non esente da conflitti e incongruenze, che individui e gruppi mettono in atto nei confronti delle sfere esperte del sapere e dei loro mediatori culturali. Il corpo partecipa, insomma, in modo diretto alla costruzione sociale del sé (cfr. Giddens 1991); perciò, proporre informazioni sul modo di trattarlo, presentarlo, curarlo, prevenirne disturbi, definirne i rischi e i problemi significa oggi scendere in una vera e propria arena simbolica in cui notizie si sovrappongono e si combinano provenendo da più fonti; come considerarle, come collocarle, come interpretarle sono compiti individuali e di gruppo, tutt'altro che indifferenti, data la loro risonanza diretta sull'identità sociale dell'individuo e sulle sue esperienze di vita quotidiane:

"Se dovessimo credere a tutte le cose che si leggono oggi sugli alimenti, probabilmente non mangeremmo più. Se guardi la televisione o ascolti la radio, se apri una rivista o un giornale, ti raccontano storie orribili sulle cose paurose che ti vende il droghiere sotto casa. Questo già di per sé sarebbe abbastanza brutto. Non è molto divertente star seduti di fronte ad un'invitante bistecca pensando che potrebbe essere l'ultima. Ma la faccenda è resa ancora più inquietante dal fatto che le informazioni che ti vengono date ora spesso sono in contrasto con quelle risultanti dai dati dell'ultima settimana... ma allora, qual è la verità sul cibo che mangiamo?... Che cosa fa bene e che cosa fa male? Che cosa devo evitare e che cosa posso mangiare impunemente? (Coleman 1990, pp. 23-24)

Giddens (1991) risponde che - di fronte alla sempre maggiore diffusione delle informazioni provenienti dagli esperti, ma anche al riconoscimento di un'attenzione riflessiva richiesta agli individui proprio per far fronte a questo scenario di scelte plurali

- il problema è difficilmente definibile nei termini di una scelta razionale o di una definizione oggettiva. Esso riguarda piuttosto la capacità di comprendere come gli individui rendano significative le loro scelte all'interno di un quadro culturale e insieme ai gruppi sociali di cui fanno parte: in altri termini gli individui sono in qualche modo chiamati a diventare "responsabili della pianificazione del nostro corpo" (1991, 102). Se lo scopo dei comunicatori sulla salute sta principalmente nel condurre verso nuovi comportamenti nei confronti dei fattori considerati di rischio, forse non vale la pena limitarsi a sovrastimare il ruolo delle informazioni e della conoscenza razionale in termini di analisi costi-benefici; sarebbe opportuno invece tenere sempre ben presente che *c'è una grande differenza tra informare e comunicare*, e che non è affatto scontato che un mero e cumulativo apporto di notizie abbia conseguenze immediate o lineari sul comportamento.

La risposta delle persone alla comunicazione sociale mostra effetti codeterminati da diversi tipi di influenza. Spesso si tende a trascurare quelle che appaiono troppo complesse e difficili da controllare: ad esempio l'ambiente quotidiano delle rappresentazioni sociali che regolano e orientano, nel senso comune, le attribuzioni di significato e la rilevanza delle informazioni nuove e che hanno un ruolo importantissimo per definire il nostro comportamento. Esse si costruiscono soprattutto nelle pratiche quotidiane, nelle conversazioni, nelle influenze dei mezzi di comunicazione di massa ma anche in quelle "molecolari", con cui rielaboriamo e reinterpretiamo ciò che ci viene dai media e dalle pratiche sociali. Lungi dall'essere recettori passivi di ragionamenti imposti a partire da sistemi astratti di conoscenza, gli individui vivono in una "società pensante" (v. Moscovici 1984) dove producono confini mutevoli tra ciò che li fa distinguere un'informazione significativa da una considerata insignificante: "le nostre opinioni riflettono il modo in cui collochiamo noi stessi" (Emler e Ohana 1993, p. 84). Come ricorda anche Doise (1993, p. 164), quando mettiamo in risalto l'aspetto costruito e "comunicato" della conoscenza e del nostro modo di vedere le cose, ci accorgiamo che le persone "non si limitano ad avere ragioni per avere determinate opinioni o compiere determinate azioni; esse affermano ragioni". Una conseguenza pratica importante per una comunicazione su temi di salute potrebbe essere allora l'analisi del rapporto esistente fra le rappresentazioni di un certo comportamento "a rischio" e le dinamiche dei gruppi in cui sono implicati gli individui che scegliamo come nostri interlocutori. E' probabile, ad esempio, che quanto più sia

rilevante 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. Un'alternativa potrebbe essere quella di coinvolgere l'intero gruppo in un processo a lungo termine di ripensamento e riconfigurazione delle sue rappresentazioni rilevanti. Rendiamo in tal modo centrale 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" (Doise 1993, 165). 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" (Marková e Power, 1992, p. 127).

A questo ci invitava a riflettere anche l'osservazione prima citata di Giddens circa il fatto che gli individui non sempre valutano né riconoscono i rischi come eventi isolati, ma li vedono inseriti in un insieme integrato di abitudini di vita. 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.

I rischi, certo, sono tanti, nel mettere insieme una tale pluralità di voci ed istanze: la frammentarietà, l'accusa di relativismo. Ma se la posta in gioco mira a realizzare una vera e propria comunicazione sociale, forse può valere talvolta la pena fermarsi a riflettere ed analizzare, invece che scegliere l'urgenza dell'immediato e limitarsi ad un discorso tecnicistico, magari più consolidato nei settori privati del marketing, ad esempio, ma spesso complessivamente meno efficace su tematiche che toccano l'esperienza quotidiana delle persone concrete, fatta spesso di pregiudizi, stereotipi

sedimentati, comportamenti ed atteggiamenti che si compenetrano con altre difficoltà quotidiane. 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: *a)* 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; *b)* la legittimità che l'individuo e i gruppi le riconoscono; *c)* il tipo di collocazione simbolica e culturale della fonte dell'informazione; *d)* la valutazione della sua *influenza duratura* sul cambiamento di un eventuale comportamento a rischio. E per comprendere effetti duraturi di mutamento non appare sufficiente prestare attenzione solo agli aspetti funzionali del messaggio culturale che si intende proporre, poiché appaiono essenziali anche le *caratteristiche genetiche*, e quindi trasformative, dei meccanismi interpretativi grazie ai quali esso trova un significato utile per l'esperienza.

A tal fine appare dunque proficuo tener conto dell'ambiente sociale della comunicazione, soprattutto se ci si vuole porre rivendicando specifica legittimità e forza di persuasione per affrontare le problematiche che si collegano ai temi della salute. Per quanto siano anch'esse indubbiamente importanti, per comunicare a proposito di salute e malattia, forse non basta investire risorse umane e finanziarie solo nella ricerca spasmodica solo di tecniche più o meno sofisticate di conquista e di persuasione dell'attenzione pubblica; quando non dobbiamo solo convincere a comprare i jeans di questa o quella marca ma dobbiamo infliggere crepe nel quadro culturale di abitudini di vita e di esperienza consolidate, occorre qualcosa di più. Certo, in quest'ottica, diventa più difficile capire che cosa significhi comunicare in modo efficace su tematiche coinvolgenti ed impegnative che riguardano comportamenti prolungati nel tempo e non mere scelte singole e puntuali come comperare la tal marca di pantaloni o il tal orologio da polso.

Può forse venirci in aiuto un nuovo orientamento di studi sulla comunicazione in cui si suggerisce l'idea che da più parti emerga un vero e proprio slittamento verso una cosiddetta "nuova comunicazione": al modello definito telegrafico fondato sulla prevalenza del processo di trasmissione e scambio d'informazioni se ne contrappone un altro qualificato come "orchestrato", derivandolo da autori di formazione ed estrazione diversa:

"La comunicazione è per questi autori 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" (Wilkin 1996).

(...) 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. E' 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" (Wilkin 1981, pp. 24, 25-26).

I soggetti di una comunicazione così intesa smettono quindi di essere supposti come due distinte ed autonome identità già concluse prima dell'atto comunicativo stesso, semplici depositarie di informazioni autonome o di codici autonomi, etc. Essi spariscono anche come supposti decisori "razionali" che occupano il posto di meri emittenti o riceventi, il cui unico scopo sarebbe quello di "mettersi in comunicazione" mediante un qualche canale per "passarsi" informazioni. Se il senso della comunicazione di un messaggio diventa un effetto dell'interazione appare centrale non tanto ciò che si supponeva preconstituito nelle decisioni di un soggetto emittente, bensì la *situazione*. Il senso, dunque, non è considerato preesistente e comunque concluso ancor prima di pensare ad una sua comunicazione possibile: altrimenti, si finirebbe per ridurre l'informazione (e il suo senso) ad una pallina da tennis che due racchette fanno tatticamente rimbalzare (cfr. Wilkin 1981), con maggiore o minore efficacia a seconda soltanto della conoscenza di regole di un gioco supposto essere totalmente preconstituito una volta per tutte e quasi indipendentemente dal *contesto locale* in cui la singola partita, di fatto, avviene.

In un modello orchestrale diventa invece quasi impossibile scindere atomisticamente i singoli elementi, prendendo consapevolezza che il senso "si produce" nel processo d'interazione a cui si partecipa e in cui inestricabilmente ci si mescola, ci si "impegna", ci si coinvolge per comunicare. Certo esistono *frames*, macrostrutture, macro-cornici, regole rituali o cerimoniali che consentono di classificare o definire i singoli contesti, ma esse stesse possono esistere in modo *sensato* solo e se ci sono attori sociali che, attualizzandole, le riproducono, le ricombinano, le ricostruiscono. E ad ogni modo ciò non toglie che la comunicazione risieda eminentemente nel farsi, nell'effettuarsi di

senso interpretato e "ascoltato" nella località. E' forse utile riassumere in uno schema i due modelli di comunicazione, mettendone in risalto e reciproco confronto gli aspetti principali (rielab. da Winkin 1996 e Akoun 1994).

<b>COMUNICAZIONE TELEGRAFICA</b>	<b>COMUNICAZIONE ORCHESTRALE</b>
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 normativo dei partecipanti
meccanicità/automatismo dei codici	attribuzione reciproca d'importanza

Il presupposto teorico che il modello "orchestrale" 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. Si ribadiscono invece 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, etc. Tali caratteristiche riguardano essenzialmente il fatto che: *a)* le persone assimilano l'informazione fornita in modo attivo e selettivo; *b)* tali processi di selezione/interpretazione non si basano solo su codici "semplici", ma su importanti fattori "biografici" e sociali; *c)* questi fattori interagiscono tra loro; *d)* le informazioni si basano su schemi di *rilevanza* connessi, oltre che a tali fattori, al *contesto* specifico della situazione comunicativa. Alcuni esempi pratici di fattori biografico-sociali possono essere: la collocazione dell'informazione rispetto al campo di esperienza

pratica, più o meno distante da quello proposto; il tipo di attribuzione di rilevanza al rischio; le norme e le credenze condivise; le rappresentazioni sociali utilizzate per ricostruire il senso dell'informazione; le risorse e le competenze a disposizione nell'ambito del gruppo sociale di appartenenza; il ruolo e la posizione reciproca nell'ordine co-definito dell'interazione comunicativa, e così via.

Adottare l'uno o l'altro di questi modelli implica dividerne i presupposti di partenza; e, dal punto di vista pratico, ne può discendere anche una diversa opzione strategia sulle modalità comunicative privilegiate nel promuovere una campagna di promozione o d'informazione sui rischi per la salute. Possiamo ad esempio assimilare i presupposti della comunicazione "telegrafica" alle strategie razionalistico-cognitive che stanno alla base dell'*Health Belief Model* a cui accennavamo all'inizio; proponendo invece un approccio socio-cognitivo per una strategia di comunicazione che voglia ispirarsi al modello "orchestrato". Proviamo a raffrontarne schematicamente i tratti essenziali (cfr. Pollack 1992):

<b>Health Belief Model</b>	<b>Approccio socio-cognitivo</b>
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 valutazione <i>individuale</i> della propria vulnerabilità rispetto a quel determinato rischio	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 discende da una valutazione dei benefici potenziali derivanti da un mutamento che faccia diminuire la propria vulnerabilità rispetto al rischio di "ammalarsi"	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
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	Le persone imparano e assimilano le informazioni attraverso una molteplicità di esperienze, spesso osservando le azioni degli altri
I fattori demografici, sociali, strutturali e di personalità sono inclusi, ma solo come fattori d'influenza indiretta sul comportamento	I fattori di contesto, sociali, culturali, relazionali e situazionali sono essenziali
<u>Strategia di base:</u> fornire l'informazione necessaria per consentire la stima costi/benefici	<u>Strategie di tipo plurale tese a:</u> 1. favorire la legittimazione anche pratica del comportamento "corretto" nel gruppo di riferimento-appartenenza o quanto meno da parte di persone in esso considerate

	<p>influenti;                  2. attivare un coinvolgimento interpretativo e negoziale che dia spazio e riscontro ad un processo possibile di autostima piuttosto che a capacità o colpe individuali</p>
<p><u>Limiti e difficoltà:</u> esclusione delle reazioni non razionali, mancanza di strumenti "maturativi" per sostenere mutamenti di lunga durata, esclusione dell'influenza dei gruppi di pari, assunzione di modello cognitivo-razionale che presuppone un decisore razionale (per di più su temi che non sempre seguono una logica razionale), tendenziale esclusione di gruppi "sfavoriti"</p>	<p><u>Limiti e difficoltà:</u> tempi più lunghi di realizzazione, ricorso ad una pluralità di soggetti e di strumenti</p>

Non v'è dubbio: 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. Eppure potrebbe nel medio-lungo periodo rivelare effetti di gran lunga più efficaci, magari riuscendo ad evitare quelle possibili impreviste "perversioni" che belle campagne di comunicazione informativa finsicono talora per avere. Un esempio tra gli altri: gli spot televisivi di qualche anno fa sull'AIDS, quando infine - dopo le colpevolizzanti lettere personali inviate da uno dei primi ministri che pensò di informare sul tema, chiarendo che, in sostanza, chi si comportava moralmente bene non correva grossi rischi - un ministro più laico e permissivo riuscì perfino a far evocare il profilattico nella bella sequenza narrativa proposta da un filmato pubblicitario. Fu, come risulta dai dati successivi, una delle campagne più facilmente memorizzate dalla popolazione: le aureole "rosa-violacee" che contornavano le silhouette dei protagonisti riuscirono senza dubbio a catturare l'attenzione. E certo notevoli ed efficaci furono gli effetti di propagazione delle informazioni. Perciò dal punto di vista di una valutazione "pubblicitaria" della campagna il criterio della capacità di memorizzazione rappresentò un successo. Sfuggì tuttavia un aspetto importante del contesto interpretativo attraverso cui l'ambiente sociale fece ricostruire un effetto di senso imprevisto e certo non voluto: come risulta dalle ricerche successive, quelle stesse aureole rafforzarono involontariamente la rappresentazione stigmatizzante e al tempo stesso securizzante allora prevalente circa la riconoscibilità presunta delle persone contagiate dal virus HIV. Cosicché, l'informazione a cui si attribuiva rilevanza rischiava di risultare non certo innovativa e

neppure stimolo di mutamento; in fondo, bastava evitare i "cattivi" peccatori. Un nodo difficile da sciogliere sull'AIDS, ma in effetti troppo facile da confermare e rafforzare, tanto più in una campagna socialmente utile...

Che fare, allora? Approfondire le nostre conoscenze, in primo luogo, ed 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 (cfr. Duveen 1998). 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 (cfr. Featherstone 1992): 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 (cfr. Hilgartner e Bosk 1988).
- 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 (cfr. Douglas 1992)
- 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, 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 (cfr. Pollack 1992, p. 32).

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.

Come si vede, si tratta 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.

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Akoun, A. (1992) *La communication sociale et son destin*, Paris, Puf.
- Coleman, V. (1990) *Bodysense*, London: Sheldon Press.
- Doise W. (1993) "Debating social representations", in G. M. Breakwell and D. V. Canter, *Empirical Approaches to Social Representations*, Oxford, Clarendon Press, pp. 157-170.
- Douglas M. (1992) *Risk and Blame*, London and New York, Routledge (trad. it. rischio e colpa, Bologna, Il Mulino, 1996).
- Duveen, G (1998) "The Psychosocial Production of Ideas: Social Representations and Psychologic", in *Culture & Psychology*, vol. 4 (4), pp. 455-472.
- Edgar T., Fitzpatrick M.A. and Freimuth V. (eds), *Aids. A Communication Perspective*, Hove and London, Lawrence Erlbaum Associated.
- Emler N. and Ohana J. (1993) "Studying social representations in children: just old wine in new bottles?", in G. M. Breakwell and D. V. Canter, *Empirical Approaches to Social Representations*, Oxford, Clarendon Press, pp. 63-89.
- Farr R. M. and Moscovici S. (eds) (1992), *Social Representations*, Cambridge/Paris, Cambridge University Press/Editions de la Maison des Sciences de l'Homme (trad. it. *Rappresentazioni sociali*, Bologna, Il Mulino, 1989).
- Featherstone, M. (ed.) (1992) *Cultural Theory and Cultural Change*, London, Sage.
- Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity*, Cambridge, Polity Press
- Kashima, Y., Gallois C. , McCamish M. (1992) "Predicting the Use of Condom: Past Behavior, Norms, and the Sexual Partner", in T. Edgar, M.A. Fitzpatrick and V. Freimuth (eds), *Aids. A Communication Perspective*, Hove and London, Lawrence Erlbaum Associated, pp. 21-46.
- 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, pp. 53-78.
- Lévi-Strauss, C. (1958) *Anthropologie structurale*, Paris, Plon (trad. it. *Antropologia strutturale*, Milano, Il Saggiatore, 1975).
- Marková I. and 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, pp. 91-110.
- Pollack M. with Paicheler G. and Pierret J. (1992) *Aids. A Problem for Sociological Research*, London, Sage.
- Moscovici, S. (1984), "The phenomenon of social representations", in R. M. Farr and S. Moscovici (eds), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 3-69 (trad. it. "Le rappresentazioni sociali come fenomeno", in R. M. Farr and S.

Moscovici (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, Bologna, Il Mulino, 1989, pp. 23-94).

Moscovici, S. (ed.): 1994 *Psychologie sociale des relations à autrui*, Paris, Nathan (trad. it. *La relazione con l'altro*, Milano, Raffaello Cortina, 1997).

Pollack M. (1992), "Attitudes, Beliefs and Opinions", in M. Pollack with G. Paicheler and J. Pierret, *Aids. A Problem for Sociological Research*, London, Sage, pp. 24-32.

Shütz A. (1971) *Collected Papers*, The Hague, Martinus Nijhoff (trad. it. *Saggi sociologici*, Torino, Utet, 1979).

Winkin, Y. (a cura di) (1981), *La nouvelle communication*, Paris, Seuil.

Winkin, Y. (1996) *Anthropologie de la communication*, Paris-Bruxelles, DeBoeck.