

Obiettivi della comunicazione del rischio

1. Cambiamento cognitivo
2. Cambiamento di atteggiamento
3. Cambiamento di comportamento
 - adozione di condotte di tutela personale
 - evitamento di comportamenti a rischio

1

Criteri di efficacia di una comunicazione del rischio

- aumento della conoscenza
- acquisizione di informazioni utili nella fase di scelta
- modifica dell'atteggiamento
- produzione di scelte soddisfacenti

2

La ricerca ha dimostrato che la modalità con cui vengono trasmesse le informazioni influenza i giudizi e le scelte conseguenti

Per costruire una comunicazione del rischio efficace è necessario conoscere in che modo le persone percepiscono il rischio (*rappresentazione cognitiva del rischio*)

⇒ è necessario comprendere i processi e i meccanismi cognitivi sottostanti la percezione del rischio

3

Slovic, Finucane, Peters e MacGregor (2002)

Sei affetto da una grave malattia che in assenza di cure ti espone al rischio di morte. Il farmaco che stai usando costa 185 \$ e porta il rischio di morte allo 0,06%. *E' stato recentemente individuato un nuovo farmaco che si stima abbasserà il rischio di morte allo 0,03%.**

Quanto saresti disposto a pagare per il nuovo farmaco?

Stima media: 213 \$

**E' stato recentemente individuato un nuovo farmaco che si stima abbasserà il rischio di morte da 600 a 300 morti su un milione*

Stima media: 362 \$

4

Slovic e coll. (2002)

Parere su un congedo ospedaliero per un paziente psichiatrico a due gruppi di psicologi e psichiatri forensi

“si stima che pazienti simili al sig. Rossi abbiano il 20% di probabilità di compiere un atto violento nei sei mesi successivi al congedo ospedaliero”

“si stima che, fra i pazienti simili al sig. Rossi, 20 su 100 compiano un atto violento nei sei mesi successivi al congedo ospedaliero”

parere contrario: 21% → 41%

5

Slovic e coll. (2002)

⇒ l'informazione probabilistica riferita al caso singolo (“probabilità di commettere atti violenti”) ha in genere un impatto minore dell'informazione probabilistica espressa nei termini di frequenza dei casi favorevoli sui casi possibili

6

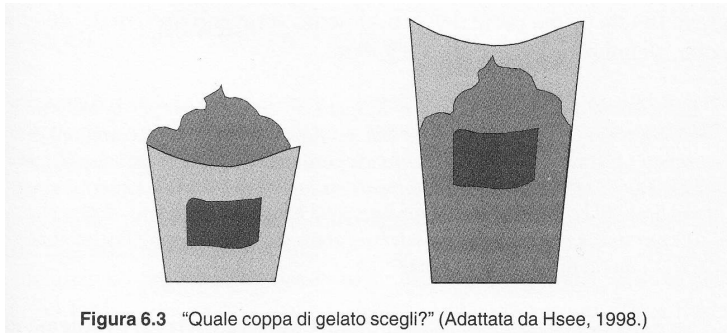


Figura 6.3 “Quale coppa di gelato scegli?” (Adattata da Hsee, 1998.)

senza un contesto che produca una risposta affettiva immediata, le quantità, anche se familiari o intrinsecamente importanti, sono difficilmente valutabili

→ “dominanza della proporzione”

7

Slovic (2002)

“dominanza della proporzione”

viene valutato più positivamente un programma di intervento pubblico che salva il 95% di 150 rispetto a uno che salva il 50% di 350

8

“dominanza della proporzione”

Slovic e coll. (1982)

l'influenza colpirà il 20% della popolazione ...

versione 1) *è disponibile un vaccino che dimezza il rischio di contrarre l'influenza*

versione 2) *ci sono due varianti, ognuna colpirà il 10% della popolazione; è disponibile un vaccino che protegge completamente da una delle due varianti.*

Saresti interessato a fare il vaccino? (disegno between)

1) 40% 2) 57%

9

Rischio relativo e rischio assoluto

Su 100 uomini di 50 anni con livelli di colesterolo nella norma si prevede che 4 avranno un infarto

Su 100 uomini di 50 anni con livelli alti di colesterolo si prevede che 6 avranno un infarto

Rischio relativo della presenza di un tasso di colesterolo elevato: 50%

Rischio assoluto della presenza di un tasso di colesterolo elevato: 2%

Numero necessario da curare: 50

10

Rischio relativo vs rischio assoluto

Il modo in cui il rischio è comunicato può influire su come esso viene percepito e sulle decisioni che ne conseguono

Fahey, Griffiths & Peters (1995)

Politici e percezione screening mammografico

Riduzione del rischio relativo: 34% → 79% favorevoli

Riduzione del rischio assoluto: 0,06% → 38% favorevoli

→ L'informazione in termini di rischio relativo ha un impatto mediamente doppio dell'impatto dell'informazione in termini di rischio assoluto

11

Rischio relativo vs rischio assoluto

Hux & Naylor (1995)

Pazienti

farmaco che riduce il rischio cardiaco

RR 88%, RA 42%, NC 31%

Frick et al. (1987)

Medici

farmaco che riduce il rischio di patologie coronariche

49% maggior intenzione a prescrivere con RR

12

Medici e percezione dell'efficacia di un farmaco: il rischio relativo non riporta la probabilità di base (a differenza di quello assoluto), aggiungere questa informazione riduce la sovrastima?

Riduzione del rischio assoluta (ARR)

"si prevede che il farmaco ridurrà il rischio di mortalità da 7,8% a 6,3%"

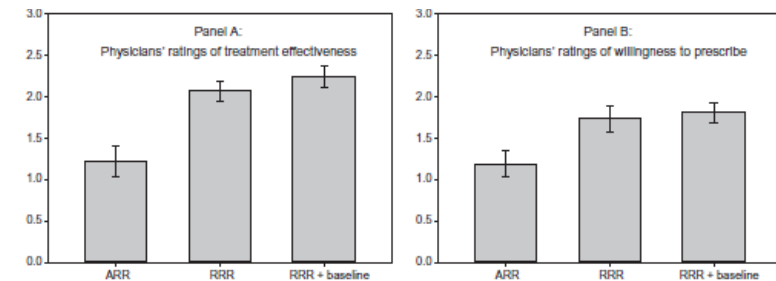
Riduzione del rischio relativo (RRR)

"si prevede che il farmaco ridurrà il rischio di mortalità del 20,3%"

Riduzione del rischio relativo + baseline (RRR + baseline)

"si prevede che il farmaco ridurrà il rischio di mortalità del 20,3% (il rischio per chi usa il trattamento tradizionale è del 7,8%)

Risultati



Nessuna riduzione della sovrastima anche fornendo l'informazione completa!

26/10/2015 OMS:

Mangiare 50g di carne rossa al giorno aumenta il rischio di cancro al colon-retto del 18%



probabilità di base: 6%

rischio per chi mangia carne (50g al giorno): 7,08%

aumento rischio assoluto: + 1,08%

aumento rischio relativo: +18%

Finucane e coll. (2000)

Rischi e benefici sono percepiti come inversamente correlati

⇒ fornire informazioni che aumentano/riducono i benefici produce una riduzione/aumento nella percezione dei rischi e viceversa

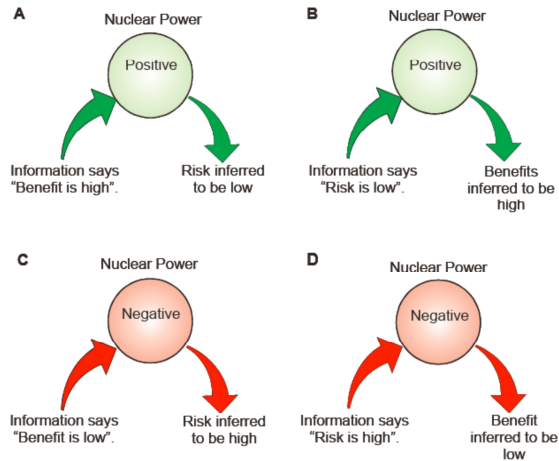


Figure 3. Model showing how information about benefit (A) or information about risk (B) could increase the overall affective evaluation of nuclear power and lead to inferences about risk and benefit that coincide affectively with the information given. Similarly, information could decrease the overall affective evaluation of nuclear power as in C and D.

17

Fattori cognitivi che favoriscono l'emergere di incomprensioni nella comunicazione

"Maledizione della conoscenza"

Difficoltà a separare le informazioni che si usano per valutare uno stimolo da quelle accessibili agli altri (è difficile ignorare ciò che è psicologicamente disponibile)

senno di poi

→ difficile comunicare ciò che si sa a qualcuno che non lo sa

18

Difficoltà a separare le informazioni che si usano per valutare uno stimolo da quelle accessibili agli altri

Newton (1990)

tamburellare con le dita una melodia e stimare con quale percentuale la melodia verrà riconosciuta dagli ascoltatori

Risultati

chi riproduce → 50%
chi ascolta → 3%

Chi riproduce "sente" la melodia come se fosse suonata dagli strumenti mentre chi ascolta sente il suono noioso del tamburellare

19

Cosa accade quando diventa evidente che gli altri la pensano diversamente?

- gli altri possono essere stati esposti ad altre informazioni
- non possiedono tutte le informazioni

→ In un primo momento ci sentiamo fiduciosi nella possibilità di convincerli attraverso gli scambi e il dialogo

20

... in realtà i fattori cognitivi (risorse, euristiche, disponibilità, peso dato alle prime esperienze/informazioni, tendenza a confermare le proprie credenze, la maledizione della conoscenza) e i fattori motivazionali (desideri e interessi personali, auto-accrescimento) possono far sì che confrontarsi, spiegare le proprie ragioni difficilmente permette di risolvere il conflitto e spesso diventa controproducente

→ i fallimenti venivano attribuiti a incompetenza e a poco impegno

21

→ non comprendendo gli effetti della prospettiva le persone sono spinte a trarre conclusioni negative sugli altri spesso immotivate

22

Errate attribuzioni relative al comportamento degli altri

spiegazione del comportamento di una persona

- attribuzioni disposizionali (caratteristiche interne della persona)
- attribuzioni situazionali (specificità del contesto)

Tendenza a sovrastimare il grado in cui i comportamenti sono riflesso di caratteristiche interne dell'attore → *Errore fondamentale di attribuzione*

23

Cosa **fare** quando diventa evidente che gli altri la pensano diversamente?

Per superare gli effetti della prospettiva diversa più utile si è dimostrata la tecnica dell'**individuare gli argomenti più forti** su cui si basa il punto di vista altrui

→ ci mette nelle condizioni di rivelare a noi stessi e agli altri la complessità della situazione, dubbi e eventuali punti deboli della propria posizione

24

Devi scegliere tra:

- a) tenere la mano immersa per 60 secondi nell'acqua a 4° di temperatura
- b) tenere la mano immersa per 60 secondi nell'acqua a 4° di temperatura + 30 secondi nell'acqua a 7° gradi

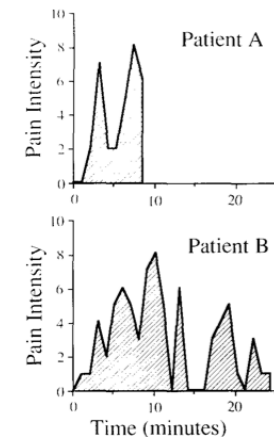
Cosa preferisci?

L'80% delle persone che ha fatto l'esperienza *b* e che ha percepito una leggera riduzione del disagio negli ultimi 30 secondi preferisce ripetere l'esperienza *b*

25

Redelmeier e Kahneman (1996)

A pazienti che si sottoponevano alla colonscopia veniva chiesto di valutare ogni 60 secondi il dolore che provavano (da 0 a 10) e poi alla fine di fare una valutazione complessiva



26

Redelmeier e Kahneman (1996)

Risultati

La stima complessiva data al termine dell'esame dipendeva dal dolore provato nella fase finale e dal picco del dolore e solo in piccolissima parte dalla durata complessiva dell'esame

→ "regola del picco e della fine"

27

Redelmeier e coll. (2003)

682 pazienti sottoposti a colonscopia

Due gruppi

Aggiungere alla procedura standard una conclusione clinicamente superflua, ma che produceva un disagio inferiore a quello provato durante l'esame produce:

- una riduzione del 10% (in termini relativi) nella stima del dolore complessivo percepito
- un aumento della percentuale di persone che ripetevano l'esame di controllo (43% vs 32%)

28

Implicazioni per il *consenso informato*

Quali preferenze dovrebbero essere considerate?

quelle che il paziente esprime *prima* del trattamento o quelle che esprime *dopo* il trattamento?

29

Il consenso informato

- informazione corretta, esaustiva e obiettiva
 - la situazione clinica obiettiva riscontrata;
 - la descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione;
 - le eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche;
 - le tecniche e i materiali impiegati;
 - i benefici attesi;
 - i rischi presunti;
 - le eventuali complicanze;
 - i comportamenti che il paziente deve eseguire per evitare complicazioni successive all'atto medico.

30

Il consenso informato

- informazione aggiuntiva tecnica (descrizione dei possibili effetti collaterali, conseguenze estetiche);
- informazione aggiuntiva in relazione alla cultura e alla psicologia della persona;
- condizione di libertà del paziente;
- piena capacità espressiva e volitiva del paziente.

31

Il consenso informato

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (2000, 2007) prevede l'**autonomia** del paziente nell'interazione con il medico e nelle scelte che riguardano la sua salute

superamento dell'atteggiamento paternalistico che spesso caratterizzava le interazioni tra medico e paziente

32

Il consenso informato

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (2000, 2007) prevede l'**autonomia** del paziente nell'interazione con il medico e nelle scelte che riguardano la sua salute

superamento dell'atteggiamento paternalistico che spesso caratterizzava le interazioni tra medico e paziente