

La Teoria del Coinvolgimento Attivo: quali processi intervengono negli interventi che promuovono la partecipazione attiva degli adolescenti nella pianificazione e/o produzione di un messaggio di salute

K.Greene*

*Associate Professor in the Department of Communication at Rutgers University

Traduzione e adattamento dell'articolo:

"The Theory of Active Involvement: processes underlying interventions that engage adolescents in message planning and/or production", in *Health Communication*, 2013 October, 28(7)

A cura di

Elena Barbera, Eleonora Tosco
DoRS – Regione Piemonte

(Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute)

L'adolescenza è un periodo in cui i soggetti sono maggiormente portati ad adottare comportamenti a rischio e stili di vita non salutari. Una delle possibili strategie di intervento per lavorare sulla prevenzione consiste nel coinvolgere attivamente i destinatari nella progettazione e nell'elaborazione di messaggi di salute. Sebbene questo genere di attività sia svolto di frequente, soprattutto nel setting scolastico, non sono ancora chiari i meccanismi che lo rendono una strategia efficace per la modifica di credenze e comportamenti di salute.

Il documento presenta la Teoria del Coinvolgimento Attivo (TAI) che ha come riferimento la Teoria dell'Apprendimento Sociale di Bandura e come obiettivo quello di descrivere e spiegare il processo attraverso il quale gli interventi che coinvolgono attivamente gli adolescenti influenzano le loro attitudini e comportamenti. Il documento suggerisce come programmare e svolgere nel modo più efficace queste tipologie di attività, in particolare se i destinatari sono gli adolescenti.

Parole chiave: adolescenti, coinvolgimento, riflessione, progettazione, produzione, comportamenti a rischio, media literacy

Gli interventi di coinvolgimento attivo

Gli adolescenti sono notoriamente dei destinatari "difficili" per i programmi di promozione della salute e gli interventi di prevenzione dei comportamenti a rischio. Spesso questa tipologia di destinatari percepisce come "lontana" la fonte delle informazioni (gli adulti, gli operatori), vive come un peso eccessivo i cambiamenti di salute prospettati a lungo termine e ha in generale una naturale curiosità per le situazioni percepite come rischiose.

E' quindi naturale che gli operatori della salute e chi in generale lavora con gli adolescenti si ponga delle domande su quali siano le modalità più efficaci per comunicare con i destinatari più giovani. Uno degli approcci di intervento più utilizzato è proprio il coinvolgimento attivo degli adolescenti nella progettazione e realizzazione di messaggi di prevenzione con l'obiettivo di ottenere messaggi che i giovani possano sentire vicini al loro mondo, credibili e concreti.

Il presente articolo ha tre principali obiettivi:

1. presentare e descrivere la "Teoria del Coinvolgimento Attivo" (TAI);
2. individuare – all'interno degli interventi che coinvolgono attivamente i giovani nella progettazione e elaborazione di un messaggio di salute – gli elementi a sostegno dell'adozione di comportamenti non rischiosi (definiti in letteratura "comportamenti protettivi")
3. fornire raccomandazioni per un efficace utilizzo del coinvolgimento attivo come approccio di intervento con gli adolescenti e suggerire sviluppi per la ricerca futura in questo ambito.

La Teoria del Coinvolgimento Attivo

La Teoria del Coinvolgimento Attivo si basa sul principio di auto-regolazione della teoria socio-cognitiva (Bandura, 1986) e fornisce un modello per individuare, negli interventi di coinvolgimento attivo, gli elementi e le fasi del processo che non sono specificatamente articolati nella teoria socio-cognitiva.

Nello specifico, la teoria socio-cognitiva individua i fattori esterni ed interni che influenzano il comportamento individuale: quando gli adolescenti sono esposti ad influenze esterne, come i messaggi mediatici e/o le comunicazioni interpersonali che promuovono comportamenti a rischio, tendono ad aderire alle preferenze altrui (standard esterni), e inoltre sono motivati e guidati anche da criteri di auto-valutazione (standard interni). La Teoria TAI si focalizza sul modo in cui gli interventi di coinvolgimento attivo attivano e rinforzano i fattori interni di influenza.

A partire dai principi della teoria socio-cognitiva, la TAI spiega in modo attendibile il processo mediante il quale un approccio che promuove il coinvolgimento attivo dei destinatari di un intervento, possa influenzare il cambiamento.

Secondo il modello proposto dalla TAI le fasi che precedono e innescano il cambiamento comportamentale sono quattro:

1. un intervento di coinvolgimento attivo deve suscitare **interesse** nel partecipante affinché questi si impegni concretamente, e ciò avviene favorendo l'*arousal* (attivazione) *** e il coinvolgimento (che sono gli elementi chiave della partecipazione)
2. arousal e coinvolgimento, ottenuti nella prima fase, permettono al partecipante – come risultato immediato – di aumentare la propria comprensione e le proprie conoscenze ma anche di acquisire abilità (skills) quali il pensiero critico e la **perspective taking** (considerare la prospettiva altrui)
3. le abilità di *perspective taking*, acquisite attraverso l'incontro con prospettive diverse, generano una **riflessione** che permette ai partecipanti di confrontare il proprio punto di vista con le prospettive degli altri.

4. la riflessione e l'auto-consapevolezza portano a *cambiamenti di tipo cognitivo* (aspettative, credenze/norme sociali, e intenzioni).

***il termine arousal indica lo stato di attivazione neurovegetativa dell'organismo ed è legato a cambiamenti dell'assetto fisico e psicologico di ogni individuo. Sul piano fisico questo stato di attivazione coinvolge diversi sistemi biologici, quali il sistema nervoso autonomo e il sistema endocrino, mentre sul piano psicologico orienta le nostre capacità di memoria, attenzione, presa di decisioni, espressione delle emozioni e messa in atto di comportamenti.



Partecipazione

Perché un intervento sia efficace, è necessario innanzitutto ottenere l'attenzione dei destinatari e creare le condizioni ottimali per agevolare la comprensione e lo svolgimento dell'intervento stesso.

- Arousal – L'arousal è definito in generale come una reazione ad uno stimolo e favorisce l'elaborazione delle informazioni perché le persone sono motivate a rispondere a quello stimolo. (Bryant & Zillmann, 1984). Gli interventi di coinvolgimento attivo che iniziano inducendo uno stimolo dovrebbero aumentare la motivazione degli adolescenti ad elaborare le informazioni contenute nei programmi. Da questo punto di vista, la novità produce arousal (Bryant & Zillman, 1984; Christ & Biggers, 1984): ad esempio le attività che gli adolescenti percepiscono come diverse dalle normali lezioni scolastiche, saranno più efficaci perché sono viste come una novità (e quindi stimolanti). Inoltre, questo tipo di attività è per definizione più coinvolgente rispetto all'elaborazione passiva delle informazioni, come può essere la lettura di un libro di testo o di una brochure o l'ascolto di una "lezione".

Negli interventi che promuovono il coinvolgimento attivo la novità è generata congiuntamente da due fonti inattese: la progettazione creativa e le attività condivise in gruppo.

Si suppone quindi che:

gli interventi di coinvolgimento attivo creano uno stimolo maggiore (sotto forma di novità percepita e attenzione auto-riferita) rispetto agli interventi che non prevedono un coinvolgimento attivo.

- Coinvolgimento – Dopo l'attivazione dell'arousal, il coinvolgimento personale è un'altra fonte di motivazione e di partecipazione all'elaborazione delle informazioni (Petty, Cacioppo, e Goldman, 1981), che aumenta il livello di profondità col quale i partecipanti recepiscono l'intervento. Tre aspetti del coinvolgimento sono particolarmente rilevanti in questo tipo di interventi (Greene et al., in esame): l'interesse personale rispetto al tema dell'intervento (da cui derivano impegno e partecipazione), l'utilità percepita delle informazioni per sé stessi (vantaggio percepito) e l'auto-consapevolezza, ossia in che modo l'intervento incoraggia i partecipanti a pensare alla propria esperienza e al proprio comportamento.

La sfida consiste nell'attivare questo coinvolgimento rendendo gli adolescenti più aperti ai messaggi e a possibili cambiamenti di comportamento.

Si suppone quindi che:

Gli interventi di coinvolgimento attivo creano un maggiore coinvolgimento (interesse personale, vantaggio percepito, auto-consapevolezza).



Risultati immediati dell'intervento

Una volta che gli adolescenti hanno preso parte all'intervento impegnandosi concretamente (attraverso arousal e coinvolgimento), i risultati più immediati o più attesi sono l'aumento della comprensione e l'acquisizione di conoscenze e abilità (skills).

Comprensione e conoscenza - La comprensione riguarda ciò che i partecipanti sono in grado di ricordare e comprendere in relazione alle attività e ai temi affrontati durante l'intervento. Gli interventi di coinvolgimento attivo che creano una maggiore partecipazione (arousal e coinvolgimento), possono produrre un aumento di comprensione e conoscenza soprattutto se riescono a mantenere alta a lungo l'attenzione dei partecipanti.

Si suppone quindi che:

Gli interventi di coinvolgimento attivo favoriscono una comprensione e conoscenza più approfondita, rispetto agli interventi di coinvolgimento non attivo.

Abilità - La prospettiva TAI sugli interventi di coinvolgimento attivo presuppone che a seguito dell'impegno iniziale si comincino ad attivare delle valutazioni interne. Una volta che gli individui sono attivamente coinvolti, stimolati dai contenuti dell'intervento e a conoscenza delle posizioni altrui, possono confrontare i propri standard interni con le prospettive altrui emerse durante le attività. Negli interventi gli adolescenti sperimentano infatti la *perspective taking* e prendono in considerazione nuovi punti di vista e prospettive che non avevano ancora considerato e che possono trasferire anche ad altri contesti.

Si suppone quindi che:

Gli interventi di coinvolgimento attivo sono in grado di aumentare la *perspective taking* e favoriscono le capacità di pensiero critico, rispetto agli interventi di coinvolgimento non attivo.



Auto-consapevolezza/Riflessione

Molti interventi con gli adolescenti si limitano a trasferire le conoscenze rispetto a un determinato tema e/o a favorire lo sviluppo di skills per difendersi dall'influenza di determinati messaggi, ma non tengono in considerazione l'elaborazione interna di queste conoscenze e la riflessione che scaturisce da esse. Una componente chiave della teoria socio-cognitiva, che fa seguito al coinvolgimento iniziale e agli outcomes immediati, è rappresentata dal confronto che i partecipanti effettuano tra le prospettive altrui emerse durante l'attività e i propri standard interni. È probabile che questo confronto determini una discrepanza percepita tra le prospettive altrui e i propri standard, che potrebbe portare ad un cambiamento o al contrario al rafforzamento dei propri standard.

L'obiettivo delle attività proposte nell'ambito di un intervento di coinvolgimento attivo è quindi di incoraggiare i partecipanti a riflettere in modo significativo sui propri comportamenti a rischio e prendere in considerazione eventuali alternative che comportino livelli di rischio più bassi.

Discrepanza/Differenza percepita - Per garantire che il processo di confronto delle "discrepanze" funzioni, le prospettive emerse durante l'intervento devono attivare la riflessione, e questa attivazione si verificherà solo se la gamma di messaggi emersi

durante le attività di coinvolgimento attivo sono considerati credibili e coinvolgenti dai partecipanti. I partecipanti hanno bisogno di segnali in grado di attivare le abilità acquisite, in particolare la riflessione interna che permette di confrontare i propri comportamenti, atteggiamenti e norme con quelli degli altri. La conoscenza da sola non è sufficiente a garantire cambiamenti di attitudini o comportamenti. Si suppone quindi che:

Gli interventi di coinvolgimento attivo aumentano la riflessione dei partecipanti sulle differenze di attitudini e comportamenti propri con quelle dei pari.



Aspetti cognitivi

I processi e il meccanismo attraverso il quale gli interventi di coinvolgimento attivo provocano una modifica degli aspetti cognitivi correlati al rischio si basa sull'attivazione personale favorita dalla riflessione e generata a sua volta dalla *perspective taking*.

Rischi previsti

Il monitoraggio degli interventi di coinvolgimento attivo, prende in considerazione, oltre gli effetti immediati, anche le modalità con cui essi influiscono sulla capacità di prevedere i rischi: per esempio, comprendere le proprie credenze relative alle potenziali conseguenze di un comportamento a rischio, positive e negative. Tale "previsione" (Goldman, 1999) si riferisce alle informazioni immagazzinate nella memoria riguardo ad una relazione sistematica "se/quindi" tra i diversi eventi, in diverse situazioni e condizioni (DeBenedittis e Holman, 2010): per esempio, "Se bevo birra, sarò più disinibito/estroverso". Gli interventi di coinvolgimento attivo potrebbero essere utilizzati per mettere in discussione in maniera diretta questo genere di previsioni. I risultati di questo confronto dipendono però, sia dal tema in oggetto che dalla tipologia di gruppo coinvolto nelle attività. Si suppone quindi che:

Rispetto agli interventi di coinvolgimento non attivo, quelli di coinvolgimento attivo possono aumentare le capacità di previsione delle conseguenze negative e positive dei rischi, rispetto ai benefici derivanti dall'evitare comportamenti a rischio.

Norme soggettive – Secondo la teoria TAI, l'enfasi posta sulla discrepanza percepita porta allo sviluppo di attività di coinvolgimento attivo nelle quali vengono condivise molteplici prospettive, e questa tipologia di attività comincia ad attivare il confronto. Attraverso l'ascolto delle opinioni degli altri (pari) e la progettazione/realizzazione di messaggi di prevenzione di comportamenti a rischio, gli interventi coinvolgono i partecipanti e forniscono loro le competenze e l'auto-consapevolezza necessarie per individuare le influenze delle "norme sociali" sviluppando un pensiero critico sull'influenza esercitata dai coetanei e dai media nel farsi coinvolgere in comportamenti a rischio. Questi effetti includono le "norme descrittive", se un'attività ha il duplice intento di identificare il motivo per il quale i coetanei non si fanno coinvolgere in comportamenti a rischio, scegliendo per esempio comportamenti alternativi, ma altresì le cosiddette "norme ingiuntive", se durante le attività i pari esprimono disapprovazione nei confronti dei comportamenti a rischio.

Si suppone quindi che:

Rispetto agli interventi di coinvolgimento non attivo, quelli di coinvolgimento attivo diminuiranno le percezioni delle "norme descrittive" relative al comportamento a

rischio e, in maniera minore, ridurranno le “norme ingiuntive” che favoriscono l’adozione degli stessi comportamenti rischiosi.

Intenzione e comportamento - L'obiettivo finale della maggior parte degli interventi va oltre il semplice incremento di impegno, conoscenze, abilità, auto-consapevolezza, “previsioni di rischio” o credenze/norme mirate al cambiamento comportamentale (o all’intenzione di mantenere il comportamento stesso). Pertanto, queste variabili preliminari sono importanti solo nella misura in cui influenzano i successivi comportamenti-bersaglio. La ricerca indica anche che la modifica delle aspettative/previsioni o norme/credenze non porta con sé necessariamente un cambiamento comportamentale, ma è difficile ignorare le intenzioni come esiti dell’intervento, perché sono prerequisiti per rafforzare o consolidare un comportamento.

Molti adolescenti, per esempio, hanno atteggiamenti negativi verso il fumo e il consumo di droga, e per questo gruppo gli interventi di coinvolgimento attivo possono rafforzare le aspettative, le norme e l’ intenzione di mantenere comportamenti a basso rischio, come risultato della riflessione sulle molteplici prospettive. Per gli adolescenti con norme sociali positive rispetto ai comportamenti a rischio (ad esempio, "le persone *cool* masticano tabacco") e/o aspettative neutrali (ad esempio, “il fumo non mi ucciderà prossimamente”), invece, l'auto-consapevolezza innescata dal confronto con le opinioni degli altri e l'esposizione ad atteggiamenti e credenze che contrastano i comportamenti a rischio (progettazione e realizzazione di un messaggio positivo) attiverà il processo di confronto e l’elaborazione della “discrepanza” percepita descritta nella teoria socio-cognitiva, volta ad influenzare le intenzioni di comportamento.

Si suppone quindi che:

Rispetto agli interventi di coinvolgimento non attivo, quelli di coinvolgimento attivo limiteranno l'aumento delle intenzioni positive che spingono ad adottare comportamenti a rischio.

TAI e la progettazione di un Intervento di Coinvolgimento Attivo

Una volta descritte le componenti del processo TAI e le variabili rilevanti, è importante concentrare l’attenzione su come progettare al meglio l'intervento per attivare i meccanismi chiave. E’ importante chiedersi quali componenti siano necessarie affinché l’intervento funzioni efficacemente. In base alla teoria TAI, esistono cinque fasi, due delle quali sono fondamentali nella progettazione dell’intervento. La fase 1 si concentra sulla partecipazione, mettendo in evidenza le componenti che attivano l’arousal e il coinvolgimento dei partecipanti. La fase 3, invece, individua l’auto-consapevolezza, attivata attraverso la *perspective taking* e l’esame delle molteplici alternative.

Sebbene una serie di interventi di coinvolgimento attivo abbiano utilizzato varie forme di progettazione e realizzazione di un messaggio di prevenzione, c'è ancora una scarsa analisi rispetto all’individuazione delle componenti fondamentali di questi interventi. Secondo la teoria TAI, la caratteristica principale del processo di influenza non è tanto l’attività di produzione stessa, ma l’attività di progettazione del messaggio, svolta in piccolo gruppo, seguendo le istruzioni e focalizzata sulla *perspective taking* prima che avvenga la realizzazione effettiva dei messaggi. Ragionare su questi presupposti della teoria TAI riguardo alle componenti essenziali di un intervento di coinvolgimento attivo consentirà ai ricercatori di concentrarsi meglio sui futuri lavori di ricerca per ottimizzare le risorse.



Pianificare un'attività basata sulla teoria TAI

Un approccio di progettazione di tipo attivo, è ad esempio un intervento di media literacy, che coinvolga gli studenti facendoli prima di tutto analizzare e criticare le pubblicità (o altri stimoli, come film o testi di canzoni) in piccoli gruppi e poi stimolandoli alla pianificazione e creazione di manifesti, canzoni, giochi, o annunci radio con messaggi di prevenzione del rischio. L'attività di progettazione (con un foglio di lavoro per favorire ulteriormente la partecipazione e la riflessione) è l'attività principale e può essere più uniformemente distribuita tra tutti i membri del gruppo, a differenza di ciò che avviene nella produzione del materiale vero e proprio che può essere facilmente gestita da uno o due individui all'interno di un gruppo.

La creazione del contenuto è essenziale per far acquisire ai partecipanti le necessarie abilità di pensiero critico e gli strumenti di cui hanno bisogno per sviluppare skills di contrasto alle influenze negative sui comportamenti.

Tuttavia, questo tipo di attività non fornisce la motivazione per riflettere sulle proprie aspettative e norme comportamentali e sui comportamenti, come descritto nella TAI e nella teoria socio-cognitiva. La parte di pianificazione nel coinvolgimento attivo è stata progettata proprio per colmare questa lacuna, incoraggiando gli studenti ad applicare tali abilità (la novità e il coinvolgimento; l'aspetto competitivo accresce la motivazione perché i partecipanti devono votare il "migliore" progetto o presentazione di gruppo, magari utilizzando anche un piccolo premio).

In base a questa prospettiva, è fondamentale creare delle opportunità per i partecipanti di impegnarsi in modo significativo nella perspective taking, assicurandosi di avere il controllo sul contenuto delle interazioni (che si può ottenere impostando il compito in un certo modo, concentrandosi su molteplici perspective taking e sottolineando le possibili alternative di rischio e le conseguenze di decisioni rischiose; questo obiettivo è necessario soprattutto per minimizzare qualsiasi possibile influenza negativa di chi ha adottato dei comportamenti a rischio, nelle attività dei piccoli gruppi).

L'approccio TAI sugli interventi di coinvolgimento attivo non si concentra tanto sull'aumento di conoscenze relative ai comportamenti a rischio ma approfondisce le motivazioni che stanno dietro i comportamenti. *Un vantaggio della teoria TAI è che va oltre i contenuti e le attività dell'intervento per ragionare su come i partecipanti attivano le informazioni ed elaborano l'intervento di coinvolgimento attivo.* La componente di autoregolazione della teoria socio-cognitiva guida questo approccio, stabilendo che le persone sono motivate a modificare (o rafforzare) il loro comportamento attuale se percepiscono che è incongruente (o congruente) con alcuni standard esterni (norme di gruppo) o con i propri standard interni. A partire da questo approccio, *il feedback ottenuto durante le piccole interazioni di gruppo con gli altri (pari) porta all'auto-consapevolezza, in questo caso basata sull'esposizione a molteplici prospettive.* Se l'esito di tale auto-consapevolezza è la discrepanza percepita tra il comportamento personale e l'orientamento del gruppo, allora la persona è motivata a modificare il proprio comportamento e a pianificare tale cambiamento. Obiettivo principale è *stimolare o attivare i partecipanti in modo che valutino la discrepanza tra un comportamento e i propri standard interni/esterni e questo viene fatto attraverso la riflessione sulla base dell'esposizione a molteplici prospettive in un'attività di gruppo.*

Attivando questa riflessione attraverso l'esposizione ad altri punti di vista, i partecipanti sono in grado di valutare e modificare il loro modo di pensare. *Una componente*

fondamentale in questo tipo di intervento è il sottolineare ai partecipanti il carattere creativo e la natura volontaria di tale attività, per evitare le conseguenze derivanti dalla sensazione di essere soggetti a un compito obbligatorio.

In termini di durata, gli interventi brevi funzionano bene come quelli più lunghi, tuttavia la brevità e la flessibilità (associate ad altri aspetti “attivi” come la novità) possono incrementare il coinvolgimento iniziale necessario per attivare arousal e ottenere gli effetti desiderati. Un intervento breve è costituito da una o più sessioni motivazionali di discussione, ciascuna di una durata che va da pochi minuti a un'ora, attraverso le quali i partecipanti vengono messi a conoscenza degli attuali comportamenti a rischio. Gli interventi brevi apportano, inoltre, l'ulteriore beneficio di essere facilmente adattabili ai diversi tipi di popolazione target e/o di setting.



I pari e i piccoli gruppi

Un modello che spiega alcuni dei processi specifici degli interventi di coinvolgimento attivo è l'Experiential Learning Socially-A (SSEL, Lederman & Stewart, 1998). Tale modello descrive come il contesto sociale (la società dei pari) sia fondamentale ai fini di una partecipazione e di un impegno concreti, perché i giovani tendono sempre di più a farsi coinvolgere dai coetanei piuttosto che dagli adulti. Questa prospettiva porta a considerare attentamente il contesto per consentire pienamente ai partecipanti di impegnarsi e riflettere sulla discrepanza percepita. A partire dalla descrizione offerta dal modello SSEL, la teoria TAI esplicita come questi processi si traducono in comportamenti, in linea con il concetto di perspective taking appreso dalla teoria socio-cognitiva. Sia la TAI che il modello SSEL supportano la tesi che un intervento è più efficace se svolto in un contesto di gruppo coinvolgente, piuttosto che a livello individuale.

Molte attività di un intervento di coinvolgimento attivo si svolgono in piccoli gruppi, e il vantaggio di questi piccoli gruppi di pari è duplice e necessario secondo la TAI. Prima di tutto, l'equa partecipazione ai processi di progettazione porta i partecipanti ad impegnarsi e sentire proprie le conclusioni e i messaggi elaborati. Le molteplici prospettive articolate in un gruppo con una più equa partecipazione sono fondamentali per questo processo e forniscono l'esposizione a più prospettive per iniziare il processo di confronto tra gli standard interni e i comportamenti degli altri. Inoltre, l'impegno pubblico in termini di discussione su un tema porta ad un cambiamento maggiore e più duraturo. Gli adolescenti sono particolarmente influenzati dalle aspettative, dagli atteggiamenti e dal comportamento del gruppo di appartenenza, pertanto l'uso di piccoli gruppi e l'interazione (cioè il coinvolgimento attivo) è di fondamentale importanza per tutto l'intervento. Anche la maggior parte della letteratura sull'apprendimento attivo in ambito educativo è incentrata sull'apprendimento collaborativo in cui i partecipanti lavorano insieme in piccoli gruppi su un obiettivo comune.



TAI e sviluppo

Gli interventi di coinvolgimento attivo dovrebbero essere adeguatamente adattati alle capacità cognitive e allo stadio di sviluppo del target di riferimento, per attivare i processi chiave identificati nel processo, quali l'impegno e la riflessione. Gli interventi di coinvolgimento attivo in tema di prevenzione sono rivolti agli studenti delle scuole

elementari, medie, superiori e agli studenti universitari: è evidente come questi gruppi non possono essere trattati tutti allo stesso modo.

La maggior parte dei bambini ha capacità cognitive limitate e non ha alcuna esperienza, pertanto, può avere difficoltà a riconoscere e valutare in modo critico i messaggi mentre la maggior parte degli adolescenti possiede competenze cognitive più avanzate e ha maggiore esperienza in materia di influenze rispetto ai comportamenti a rischio.

Gli interventi incentrati unicamente sulla comprensione o sullo sviluppo di skills possono quindi essere inizialmente sufficienti per un target di bambini, ma possono rivelarsi inefficaci per i gruppi di adolescenti, se non vengono attivate altre componenti.

Conclusioni

Gli interventi di coinvolgimento attivo, per essere efficaci, dovrebbero seguire i seguenti principi:

- Una presentazione coinvolgente con un contenuto nuovo che sia “arousing” e coinvolgente
- La suddivisione in piccoli gruppi per aumentare l'esposizione alle opinioni dei pari con una partecipazione equa dei membri del gruppo, con l'obiettivo di stimolare al massimo la riflessione
- Un'attività nella quale i gruppi presentano pubblicamente le proprie opinioni (spesso ad un gruppo più ampio)
- Un format di intervento breve per stimolare e mantenere alta l'attenzione
- Un'attività volta a coinvolgere il target di riferimento in una molteplice perspective taking, valutando le alternative ai comportamenti a rischio, e analizzando le motivazioni del comportamento a rischio
- Pianificare l'intervento tenendo conto dello sviluppo cognitivo del target, e dell'esperienza dello stesso rispetto all'argomento trattato (per esempio, il fumo o l'uso di sostanze).

Implicazioni

Sulla base della presente teoria e dell'approccio di coinvolgimento attivo presentato, vi sono una serie di implicazioni per la ricerca. In primo luogo, la teoria TAI individua le variabili che sono mediatori-chiave e che devono essere misurate nell'intervento per documentare i percorsi di cambiamento. Ad oggi non ci sono studi che abbiano valutato il modello TAI nella sua totalità, pertanto la ricerca dovrebbe iniziare a sperimentare parti del modello per accumulare le evidenze a supporto della teoria (o modificarne le ipotesi). Per sperimentare la teoria TAI (e altre teorie relative agli approcci di coinvolgimento attivo) sono necessari dei progetti solidi che comprendano, per esempio, le valutazioni longitudinali. I soli progetti post-test o pre e post-test, senza dei solidi gruppi di controllo, non sono sufficienti per far avanzare la teoria (e la pratica). Inoltre, sono necessarie ulteriori ricerche per individuare quali componenti specifiche dell'intervento, singole o in associazioni con altre, portino ai risultati osservati. Infine, continuare a far riferimento alle teorie esistenti integrandole con un confronto cross-teorico, andrà a beneficio della ricerca in questo settore.

Vi sono, inoltre, delle implicazioni anche per la pratica. Prima di tutto, la prospettiva fornisce indicazioni specifiche su come sviluppare le principali attività di pianificazione

dell'intervento, sopra riassunte. Questo documento contiene raccomandazioni relative alla lunghezza, all'approccio, all'uso di piccoli gruppi e alle istruzioni rispetto alle attività da svolgere. Gli interventi sono basati sul contenuto, ciascuno con obiettivi specifici, che devono essere inseriti all'interno degli interventi di coinvolgimento attivo. La teoria TAI proposta può essere facilmente adottata da operatori e insegnanti previa formazione, aumentando così il potenziale per il suo utilizzo e diffusione. Purtroppo, nella pratica, gli interventi vengono spesso modificati e adattati e se non si mantengono le componenti chiave si indebolisce l'efficacia dell'intervento.

(aggiungere tre righe)

Gli interventi di coinvolgimento attivo sono un ambito emergente di ricerca che potrebbe essere applicato ad un'ampia gamma di contesti e temi di prevenzione dei comportamenti a rischio.

Si ringraziano Sonia Scarponi e Rita Longo (Dors) per la revisione finale dei contenuti.

Bibliografia

Anderson, DR.; Lorch, EP. Looking at television: Action or reaction?. In: Bryant, J.; Anderson, DA., editors. Children's understanding of television: Research on attention and comprehension. San Diego, CA: Academic Press; 1983. p. 1-34.

Arnett J. Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*. 1992; 12:339–373.10.1016/0273-2297(92)90013-R

Austin EW, Johnson K. Effects of general and alcohol-specific media literacy training on children's decision making about alcohol. *Journal of Health Communication*. 1997; 2:17–42. [PubMed:10977232]

Austin AM, Macgowan MJ, Wagner EF. Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems. *Research on Social Work Practice*. 2005; 15:67–83.10.1177/1049731504271606

Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50:179–211.10.1016/0749-5978(91)90020-T

Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, McKnight P, Marlatt GA. Brief intervention for heavy-drinking college club members: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*. 2001; 91:1310–1316. [PubMed: 11499124]

Bainbridge, L. Different representations, and the implications for cognitive processing. In: Goodstein, LP.; Anderson, HB.; Olsen, SE., editors. *Tasks, errors and mental models*. London, UK: Taylor and Francis Ltd; 1988. p. 70-91.

Balch GI. Exploring perceptions of smoking cessation among high school smokers: Input and feedback from focus groups. *Preventive Medicine*. 1998; 27:A55–A63.10.1006/pmed.1998.0382 [PubMed:9808818]

Bandura, A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc; 1986.

Banerjee SC, Greene K. Analysis versus production: Adolescent cognitive and attitudinal responses to anti-smoking interventions. *Journal of Communication*. 2006; 56:773–794.

Banerjee SC, Greene K. Anti-smoking initiatives: Examining effects of inoculation based media literacy interventions on smoking-related attitude, norm, and behavioral intention. *Health Communication*. 2007; 22:37–48. [PubMed: 17617012]

Banerjee SC, Greene K. “Yo! This is no lie, if you smoke, you die”: A content analysis of antismoking posters created by adolescents. *Journal of Substance Use*. 2012.10.3109/14659891.2011.615883

Banerjee SC, Greene K, Hecht ML, Magsamen-Conrad KC, Elek E. “Drinking won't get you thinking”: A content analysis of adolescent-created print alcohol counter advertisements. *Health Communication*. current issue.

Banerjee, SC.; Kubey, R. Boom or boomerang: A critical review of evidence documenting media literacy efficacy. In: Scharrer, E., editor. *Media effects/media psychology*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell Publishers; in press

Bem DJ. An experimental analysis of self-persuasion. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1965; 1:199–218.10.1016/0022-1031(65)90026-0

Bergsma LJ, Carney ME. Effectiveness of health-promoting media literacy education: A systematic review. *Health Education Research*. 2008; 23:522–542.10.1093/her/cym084 [PubMed: 18203680]

Bergsma, L.; Ingram, M. *Blowing smoke: Project evaluation final report*. AZ: The University of Arizona Health Sciences Center; 2001.

Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*. 1993; 88:315–336.10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x [PubMed: 8461850]

Bonwell, CC.; Eison, JA. *Active learning: Creating excitement in the classroom*. George Washington University; Washington DC: 1991. ASHEERIC Higher Education Report No. 1

Botvin GJ, Griffin KW. School-based programmes to prevent, alcohol, tobacco, and other drug use. *International Review of Psychiatry*. 2007; 19:607–615.10.1080/09540260701797753 [PubMed:18092239]

Bryant J, Zillmann D. Using television to alleviate boredom and stress: Selective exposure as a function of induced excitational states. *Journal of Broadcasting*. 1984; 28:1–20.10.1080/08838158409386511

Campbell RG, Babrow AS. The role of empathy in responses to persuasive risk communication: Overcoming resistance to HIV prevention messages. *Health Communication*. 2004; 16:159–182.10.1207/S15327027HC1602_2 [PubMed: 15090283]

Cho H, Salmon CT. Unintended effects of health communication campaigns. *Journal of Communication*. 2007; 57:293–317.10.1111/j.1460-2466.2007.00344.x

Christ WG, Biggers T. An exploratory investigation into the relationship between television program preference and emotion-eliciting qualities—A new theoretical perspective. *Western Journal of Speech Communication*. 1984; 48:293–307.10.1080/10570318409374163

Cullingford, C. *Children and television*. Aldershot, UK: Gower; 1984.

DeBenedittis, P.; Holman, WB. *Challenging alcohol expectancies with media literacy as a prevention strategy*. 2010. Retrieved from http://medialiteracy.net/pdf/Challenging_Alcohol_Expectancies_With_Media_Literacy_as_a_Prevention_Strategy.pdf

Donohew, L.; Finn, S.; Christ, WG. “The nature of news” revisited: The roles of affect, schemas, and cognition. In: Donohew, L.; Sypher, HE.; Higgins, ET., editors. *Communication, social cognition, and affect*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. p. 195-218.

Elkind D. Egocentrism in adolescence. *Child Development*. 1967; 38:1025–1034.10.2307/1127100 [PubMed: 5583052]

Elkind D. Understanding the young adolescent. *Adolescence*. 1978; 13:127–134.

Festinger, L. A theory of cognitive dissonance. Evanston, Ill: Row Peterson; 1957.

Friend K, Levy DT. Smoking treatment interventions and policies to promote their use: A critical review. *Nicotine and Tobacco Research*. 2001; 3:299–310.10.1080/14622200110072165 [PubMed: 11694197]

Goldman, MS. Expectancy operation: Cognitive and neural models and architectures. In: Kirsch, I., editor. *Expectancy, experience, and behavior*. Washington, DC: APA Books; 1999. p. 41–63.

Greene K. Principal Investigator. National Institutes of Health's National Institute on Drug Abuse (NIDA) for R21 project DA027146–01. Active involvement in creating high school substance use prevention messages. 2010–2012

Greene K, Brinn LS. Messages influencing college women's tanning bed use: Statistical versus narrative evidence format and a self-assessment to increase perceived susceptibility. *Journal of Health Communication*. 2003; 8:443–461. [PubMed: 14530147]

Greene K, Krcmar M, Rubin DL, Walters LH, Hale JL. Elaboration in processing adolescent health messages: The impact of egocentrism and sensation seeking on message processing. *Journal of Communication*. 2002; 52:812–831.10.1093/joc/52.4.812

Greene K, Krcmar M, Walters LH, Rubin DL, Hale JL. Targeting adolescent risk-taking behaviors: The contributions of egocentrism and sensation seeking. *Journal of Adolescence*. 2000; 23:439–461.10.1006/jado.2000.0330 [PubMed: 10936016]

Greene K, Rubin DL, Walters LH, Hale JL. The utility of understanding adolescent egocentrism in designing health promotion messages. *Health Communication*. 1996; 8:131–152.10.1207/s15327027hc0802_2

Greene K, Yanovitzky I, Magsamen-Conrad K, Elek E, Banerjee SC, Hecht ML, Carpenter A. A theory-grounded measure of target audiences' evaluation of media literacy interventions. Under review. Manuscript submitted for publication.

Grenard J, Ames S, Wiers R, Thush C, Stacy A, Sussman S. Brief intervention for substance use among at-risk adolescents: A pilot study. *Journal of Adolescent Health*. 2003; 40:188–191.10.1016/j.jadohealth.2006.08.008 [PubMed: 17259065]

Gunter, B. *Media research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000.

Hafstad A, Aaro LE. Activating interpersonal influence through provocative appeals: Evaluation of a mass media-based antismoking campaign targeting adolescents. *Health Communication*. 1997; 9:253–272.10.1207/s15327027hc0903_4

Hansen WB, Graham JW. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms.

Preventive Medicine. 1991; 20:414–430.10.1016/0091-7435(91)90039-7 [PubMed: 1862062]

Hecht ML, Corman SR, Miller-Rassulo M. An evaluation of the drug resistance project: A comparison of film versus live performance media. Health Communication. 1993; 5:75–88.10.1207/s15327027hc0502_1

Hecht ML, Krieger JK. The principle of cultural grounding in school-based substance use prevention: The Drug Resistance Strategies Project. Journal of Language and Social Psychology. 2006; 25:301–319.

Horigian VE, Lage OG, Szapocznik J. Cultural differences in adolescent drug abuse. Adolescent Medicine Clinics. 2006; 17:469–498. [PubMed: 16814703]

Horn K, McCracken L, Dino G, Brayboy M. Applying community-based participatory research principles to the development of a smoking-cessation program for American Indian teens. Health Education & Behavior. 2008; 35:44–69.10.1177/1090198105285372 [PubMed: 16740518]

Hornik, RC. Public health communication: Evidence for behavior change. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2002.

Jeong S, Cho H, Hwang Y. Media literacy interventions: a meta-analytic review. Journal of Communication. 2012; 62:454–472.10.1111/j.1460-2466.2012.01643.x [PubMed: 22736807]

Johnson D, Johnson R, Smith K. Cooperative learning returns to college: What evidence is there that it works? Change. 1998; 30:26–35.10.1080/00091389809602629

Jessor R, Turbin MS, Costa FM. Protective factors in adolescent health behavior. Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 75:788–800.10.1037/0022-3514.75.3.788 [PubMed:9781412]

Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007; 18

Kolb, DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1984.

Krieger JL, Covalski S, Hecht ML, Miller-Day M, Pettigrew J, Graham J, Porter A. From kids, through kids, to kids: Examining the social influence strategies used by adolescents to promote prevention among peers. Health Communication. current issue.

Lapinski MK, Rimal RN. An explication of social norms. Communication Theory. 2005; 15:127–147.10.1093/ct/15.2.127

Larimer ME, Turner AP, Anderson BK, Fader JS, Kilmer JR, Palmer RS, Cronce JM. Evaluating a brief alcohol intervention with fraternities. Journal of Studies on Alcohol. 2001; 62:370–380. [PubMed: 11414347]

Lederman, LC.; Stewart, LP. Communication and Health Issues Research Series: Report #4. New Brunswick, NJ: Center for Communication and Health Issues, Rutgers University; 1998. Addressing the culture of college drinking through correcting misperceptions: Using experiential learning theory and Gilligan's work.

Linder DE, Cooper J, Wicklund RA. Pre-exposure persuasion as a result of commitment to preexposure effort. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1968; 4:470–482.10.1016/0022-1031(68)90071-1

Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychology*. 1993; 12:1181–1209.10.1037//0003-066X.48.12.1181

McBrien JL. New texts, new tools: An argument for media literacy. *Educational Leadership*. 1999; 57:76–79.

Neighbors C, Larimer ME, Lewis MA. Targeting misperceptions of descriptive drinking norms: Efficacy of a computer-delivered personalized normative feedback intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; 72:434–447.10.1037/0022-006X.72.3.434 [PubMed: 15279527]

O'Keefe, DJ. *Persuasion: Theory and research*. 2. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002.
Petty, RE.; Cacioppo, JT. *Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches*. Boulder, CO: Westview Press; 1981.

Petty RE, Cacioppo JT, Goldman R. Personal involvement as a determinant of argument-based persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1981; 41:845–855.10.1037//0022-3514.41.5.847

Pfau, M. Designing messages for behavioral inoculation. In: Maibach, E.; Parrott, RL., editors. *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995. p. 99-113.

Primack BA, Gold MA, Land SR, Fine MJ. Association of cigarette smoking and media literacy about smoking among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 39:465–472.10.1016/j.jadohealth.2006.05.011 [PubMed: 16982379]

Primack BA, Hobbs R. Association of various components of media literacy and adolescent smoking. *American Journal of Health Behavior*. 2009; 33:192–201.10.5993/AJHB.33.2.8 [PubMed: 18844513]

Primack BA, Sidani J, Carroll MV, Fine MJ. Associations between smoking and media literacy in college students. *Journal of Health Communication*. 2009; 14:541–555.10.1080/10810730903089598 [PubMed: 19731126]

Prince M. Does active learning work? A review of the research. *Journal of Engineering Education*. 2004; 93:223–231.

Rogers, CR.; Freiberg, HJ. *Freedom to learn*. 3. Columbus, OH: Merrill/Macmillan; 1994.

Siegel, M.; Biener, L. The impact of antismoking media campaigns on progression to established smoking: Results of a longitudinal youth study in Massachusetts. In: Hornik, RC., editor. Public health communication: Evidence for behavior change. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2002. p. 115-130.

Singer, JL. The power and limitations of television: A cognitive-affective analysis. In: Tannenbaum, PH.; Abeles, R., editors. The entertainment functions of television. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1980. p. 31-65.

Slater MD, Rouner D. Value-affirmative and value-protective processing of alcohol education messages that include statistical evidence of anecdotes. *Communication Research*. 1996; 23:210–235.10.1177/009365096023002003

Sly DF, Hopkins RS, Trapido E, Ray S. Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: The Florida “truth” campaign. *American Journal of Public Health*. 2001; 91:233–238. [PubMed: 11211631]

Stern SA, Meredith LS, Gholson J, Gore P, D’Amico EJ. Project CHAT: A brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007; 32:153–165.10.1016/j.jsat.2006.07.009 [PubMed: 17306724]

Tevyaw TO, Monti PM. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *Addiction Journal Compilation 2008: Society for the Study of Addiction*. 2004; 99:63–75.10.1111/j.1360-0443.2004.00855.x

Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*. 2000; 20:275–336.

Tyner, K. The tale of the elephant: Media education in the United States. In: Bazalgette, C.; Bevort, E.; Savino, J., editors. *New directions: Media education worldwide*. London, UK: British Film Institute; 1992. p. 170-176.

Unnikrishnan, N.; Bajpai, S. The impact of television advertising on children. New Delhi, India: Sage Publications; 1995.

Wakshlag J, Day KD, Zillman D. Selective exposure to educational television programs as a function of differently paced humorous inserts. *Journal of Educational Psychology*. 1981; 73:23–32.10.1037//0022-0663.73.1.27

Walters ST, Neighbors C. Feedback interventions for college alcohol misuse: What, why, and for whom. *Journal of Addictive Behaviors*. 2005; 30:1168–1182.10.1016/j.addbeh.2004.12.005

Wankat, P. The effective efficient professor: Teaching, scholarship and service. Boston, MA: Allyn & acon; 2002.

Worden, JK.; Flynn, BS. Using mass media to prevent cigarette smoking. In: Hornik, RC., editor. *Public health communication: Evidence for behavior change*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2002. p. 23-34.