Importanza dei fattori psicologici, individuali e gruppali, nella programmazione e adesione ai Programmi di Screening

CONVEGNO NAZIONALE
GISMA 2015
Lo Screening mammografico in Italia:
i dati, gli strumenti, la ricerca ed i compagni di strada
Reggio Emilia
7-8 maggio 2015
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI REGGIO EMILIA

Guarino Angela [(1)]***, Serantoni Grazia*** [(2)]***, Federici Antonio*** [(3)]

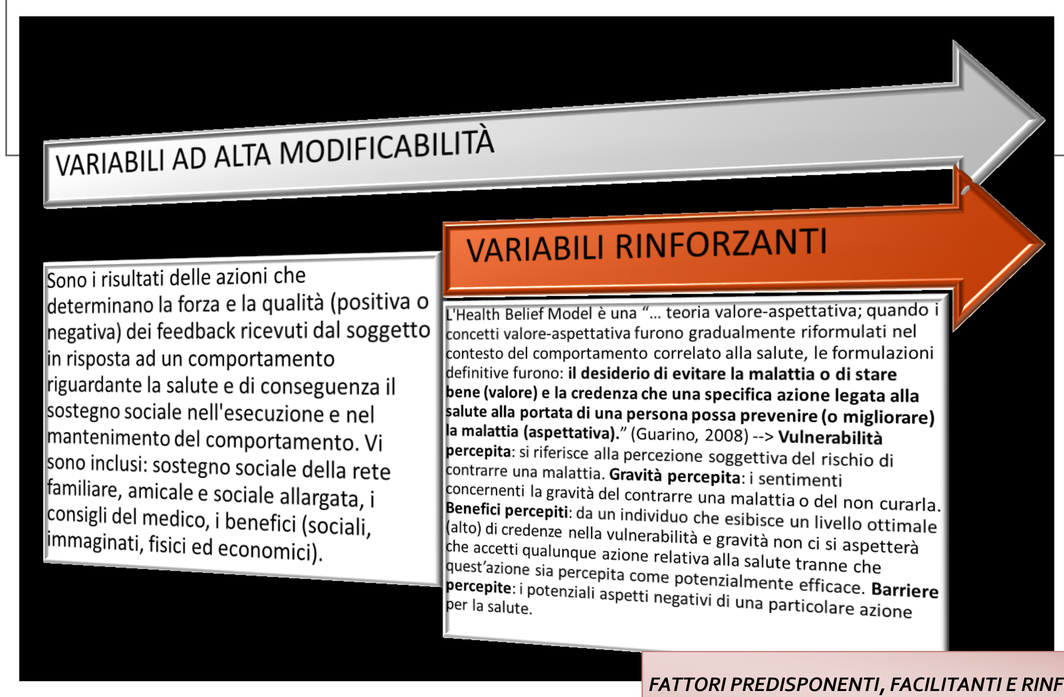
[(1)] SAPIENZA Università di Roma, Facoltà di Medicina e Psicologia, Dip. di Psicologia Clinica e Dinamica
Resp.le UOD Psiconcologia Asl Roma G
[(2)] SAPIENZA Università di Roma, Facoltà di Medicina e Psicologia, Dip. di Psicologia
[(3)] Ministero della Salute - Direzione Prevenzione

Contatti: angela.guarino@uniroma1.it

SAPIENZA Università di Roma — Ministero della Salute — SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA G

INTRODUZIONE

A partire dalle campagne di adesione, e in ogni fase dei Programmi di Screening, gli aspetti psicologici (individuali e gruppali) costituiscono uno strumento necessario di conoscenza utile alla programmazione a diversi livelli. A partire dall'analisi della letteratura scientifica sino alla raccolta di dati attraverso la ricerca partecipativa, la sistematizzazione delle caratteristiche psicologiche della popolazione target può fornire una base: per definire raccomandazioni utili a pianificare ed organizzare i processi comunicativi dei programmi di screening e per modificare i fattori facilitanti e rinforzanti che influenzano l'adesione agli screening (Federici et al., 2012).



FRAMEWORK TEORICI E OBIETTIVI

Al fine di poter utilizzare in maniera sistematica, nella strutturazione dei Programmi di Screening, le informazioni derivanti dalla ricerca psicologica in ambito organizzativo e di comunità, il Modello PRECEDE-PROCEED fornisce un framework teorico-pratico ottimale (Green & Kreuter, 2005) in sinergia con il Modello Cognitive-Social Health Information-Processing (C-SHIP) di Miller e Diefenbach (1998): i

- l primo prende in considerazione e discrimina, infatti, anche quei fattori socio-psicologici (locus of control, coping, ottimismo, fatalismo, gestione dello stress, tratti di personalità quali: sensation seeking e risk taking, etc.) che influenzano e determinano i comportamenti di salute come fattori predisponenti (a bassa o nulla modificabilità).
- Il secondo, inoltre, analizza: codifiche rilevanti per la salute, credenze ed aspettative sulla salute, affetti, obiettivi di salute e valori, competenze e attitudini circa la messa in atto e il mantenimento di comportamenti protettivi per la salute.

Nell'ottica di questi modelli, infatti, questi fattori diventano importanti - così come, dunque, la loro rilevazione e conoscenza - quando influenzano i fattori facilitanti (ricerca di sostegno sociale, comprensione del rischio, capacità relazionali, etc.) e rinforzanti (diminuzione della paura, ansia, depressione attraverso la condivisione, il supporto sociale, etc.) che sono a medio-alta modificabilità da parte dei programmatori.

FATTORI PREDISPONENTI, FACILITANTI E RINFORZANTI E LIVELLO DI MODIFICABILITÀ [“modificabilità”: più il fattore è “modificabile” ed “importante” [secondo una “matrice di priorità” a quattro fattori: | importante/non importante X modificabile/non modificabile | = alta priorità (importante/modificabile); bassa priorità (importante/non modificabile); etc.]

I cinque tipi di ***Mediatori Cognitivo-affettivi*** nel Processo di informazione sulla salute e nella messa in atto di Comportamenti di Protezione per il sé da individuare, secondo il Modello C-SHIP, sono:

- ***Codifiche rilevanti per la salute***: strategie e costrutti di codifica del sé e delle situazioni in relazione alla salute e al benessere (percezione del rischio e della vulnerabilità personali; comprensione del danno e del pericolo derivanti dall'esterno; etc.).
- ***Credenze ed aspettative sulla salute***: specifiche credenze ed aspettative attivate nel processo di raccolta delle informazioni riguardo la salute. Includono: gli obiettivi generali delle azioni riguardanti la salute e le aspettative legate al proprio livello di autoefficacia.
- ***Affetti***: tutti gli stati affettivi che possono interagire e/o inficiare un processo di elaborazione dell'informazione riguardo la salute (ansia, depressione, ottimismo irrealistico, rabbia, etc.)
- ***Obiettivi di salute e valori***: comprendono gli obiettivi desiderati da un comportamento di salute e la decisione di mettere in atto determinati comportamenti di salute rispetto ad altri a seconda dell'importanza che gli si attribuisce per la propria vita.
- ***Competenze e attitudini circa la messa in atto e il mantenimento di comportamenti protettivi per la salute***: capacità di autoregolazione degli affetti e delle emozioni, competenze progettuali, modelli operativi interni sani, coscienza del proprio livello di autoefficacia e competenza nel saper utilizzare appieno l'apporto dell'ambiente sociale in cui si vive.

I "fattori rinforzanti" sono altamente modificabili (insieme ai "fattori organizzativi") perché le loro caratteristiche costitutive prevedono già che siano "rinforzi esterni" ("informazioni" efficaci sul comportamento da modificare date da esperti che sappiano ben comunicare, rete sociale supportiva, mancanza di barriere sociali che impediscano la messa in atto del comportamento di salute, etc.) quindi manipolabili e/o creati *ad hoc* a monte della messa in atto di un progetto di educazione alla salute.

I "fattori facilitanti" sono moderatamente modificabili da interventi provenienti dall'esterno perché le loro caratteristiche costitutive sono più legate all'*esperienza* psico-socio-relazionale nel *qui ed ora* (qualità della rete sociale, conoscenze approfondite riguardo al comportamento di salute, etc.), a tratti di personalità (fatalismo, scetticismo, etc.) più modificabili rispetto a quelli temperamentali, etc.;

I "fattori predisponenti" sono bassamente modificabili in quanto le loro caratteristiche costitutive non sono influenzabili dall'esterno perché legate all'*esperienza* psico-socio-relazionale *passata* (modelli operativi interni), al temperamento (meno manipolabili rispetto ai tratti di personalità), a fattori bio-genetici e anagrafici etc.

CONCLUSIONI

Discriminare e approfondire questi elementi diventa, dunque, obiettivo fondante della programmazione dei Programmi di Screening al fine di garantirne consistenza, completezza, adeguatezza all'obiettivo ed efficacia.

Bibliografia

Bandura, A. (2000). L'autoefficacia. Trento: Erickson.
Federici, A., Guarino, A., & Serantoni, G. (2012). Adesione ai programmi di screening di prevenzione oncologica: proposta di una modellizzazione dei risultati di revisione della letteratura secondo il Modello PRECEDE-PROCEED [Participation in oncologic screening programmes: a modelling proposal of the systematic review results according to PRECEDE-PROCEED model]. Epidemiologia e Prevenzione, 36(1), suppl. 1: 1-104, App. 3, 1-15.
Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). Health Program Planning: An Educational and Ecological Ap-proach. 4rd Ed. New York: McGraw-Hill.
Guarino, A. (2008). Fondamenti di Educazione alla Salute. Teorie e tecniche per l'intervento psicologico in adolescenza. Milano: Franco Angeli.
Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
Miller, S.M., & Diefenbach, M.A. (1998). The Cognitive-Social Health Information-Processing (C-SHIP) model: A theoretical framework for research in behavioral oncology. In D.S. Krantz, & A. Baum (Eds.), Annual meeting of the Academy of Behavioral Medicine Research, june 1995, pp. 219-244. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
Rosenstock I., Strecher V., & Becker, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly.15:175–183.
Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies of internal vs. external control of reinforcement. Psychological Monographs 80: 1-28.