

GLI STADI DEL CAMBIAMENTO: STORIA, TEORIA ED APPLICAZIONI

Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska



REGIONE PIEMONTE

ASSESSORATO ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SANITÀ

CENTRO REGIONALE DI DOCUMENTAZIONE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, ASLTO3, REGIONE PIEMONTE

Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni *Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska*

a cura di

*Paola Ragazzoni, Mariella Di Pilato, Rita Longo, Sonia Scarponi, Claudio Tortone
Dors, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute*

Ringraziamo Katia Lacicerchia, Sonia Scarponi, Silvano Santoro, Eleonora Tosco
per la preziosa collaborazione nell'impostazione editoriale del quaderno.

ISBN - 978-88-95525-18-1

I edizione – Giugno 2007

II edizione – Febbraio 2014



Il prof. Carlo Di Clemente insieme alla nostra collega dott.ssa Simonetta Lingua e una copia del quaderno

Questo quaderno presenta e sintetizza i contributi di una giornata di studio, organizzata da Dors nel giugno 2005, dal titolo “Stadi del cambiamento di DiClemente e Prochaska: teoria, opportunità e limiti in promozione della salute”.

In particolare contiene una rassegna sul Modello Transteorico degli stadi di cambiamento, la descrizione di alcune applicazioni pratiche del modello e una riflessione critica su alcuni articoli scientifici che ne hanno descritto l’uso in differenti contesti della promozione della salute (alimentazione, attività fisica, prevenzione di incidenti sul luogo di lavoro, disassuefazione da fumo).



This document introduces and synthesizes all the contributions resulting from the daily meeting “DiClemente and Prochaska’s Stages of Change Model: theory, opportunities and limits in health promotion” organized by DoRS in June 2005.

Particularly, it includes a review on the Transtheoretical Model of Change, the description of the model’s practical applications and a critical reflection on some scientific articles describing its use in different health promotion settings (diet, physical activity, workplace injury prevention, smoking cessation).



Nel 2014, in occasione dei 15 anni di Dors, è stata aggiornata la bibliografia/sitografia ed è stato fatto un restyling della grafica del quaderno.

SI AUTORIZZA LA RIPRODUZIONE PARZIALE O TOTALE DEL CONTENUTO DEL PRESENTE VOLUME:



licensed under a Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo 3.0 Italia License. Based on a work at www.dors.it.

Copia del documento è reperibile sul sito **<http://www.dors.it>** – oppure rivolgersi a centro di documentazione per la promozione della salute (Dors) Regione Piemonte, Via sabaudia 164 – 10095 Grugliasco (to), tel. 01140188510, fax 01140188201, E-mail: **info@dors.it**

INDICE

PRESENTAZIONE a cura di Claudio Tortone.....	5
INTRODUZIONE a cura di Paola Ragazzoni e Claudio Tortone	06
PREMESSA a cura di Claudio Tortone.....	9
GLI STADI DEL CAMBIAMENTO: STORIA, TEORIA ED APPLICAZIONI a cura di Paola Ragazzoni, Mariella Di Pilato, Rita Longo, Sonia Scarponi	11
Contesto di riferimento e storia del modello.....	11
Caratteristiche e struttura del modello	13
Uso del Modello nella Promozione della Salute	18
Predittività.....	21
Uso del modello nella prevenzione dei comportamenti di dipendenza.....	21
Applicabilità	24
Note critiche	25
Bibliografia.....	27
UN CASO...DALLA LETTERATURA a cura di Simonetta Lingua.....	31
UN CASO...SUL CAMPO a cura di Silvia Mismetti	33
Contesto teorico di riferimento	34
Applicazione del Test dei Ritratti	36
Risultati	37
Considerazioni sull'applicazione del Test dei Ritratti	39
Conclusioni.....	40
Bibliografia.....	40
JOURNAL CLUB HEALTH PROMOTION: QUATTRO CASI DALLA LETTERATURA.....	41
Stage-based interventions for low-fat diet with middle school students. Sintesi a cura di Alessandra Suglia	42
The transtheoretical model of change in adolescents: Implication for injury prevention Sintesi a cura di Simonetta Lingua e Gabriella Bosco	44
Physical activity intervention: a Transtheoretical Model-based intervention designed to help sedentary young adults become active. Sintesi a cura di Claudio Tortone e Mario Carzana	45
Togliersi il fumo dagli occhi. Una ricerca con il Mac/T sulla motivazione a smettere di fumare tra i giovani. Sintesi a cura di Alessandro Coppo e Paolo D'Elia	46
CONCLUSIONI PER LA TRASFERIBILITA' NEI PROGETTI PIEMONTESI a cura di Paola Ragazzoni	48

PRESENTAZIONE

a cura di Claudio Tortone

Un intervento di educazione e promozione della salute è pensare, accompagnare e misurare un cambiamento desiderato. È uno spazio di sperimentazione di libertà e responsabilità. È un tempo per far maturare scelte competenti per la propria salute.

Non è quindi solamente un cambiamento del destinatario nei suoi stili di vita, ma un processo che tocca tutti gli attori (compresi gli educatori, i progettisti, il loro modo di lavorare, la loro organizzazione del lavoro...). Se desideriamo dei destinatari più competenti ed arricchiti (empowerment) nel loro modo di gestire la salute, dobbiamo cambiare, visibilmente e coerentemente, il nostro modo di fare sanità.

Un esempio e tre livelli di potenziamento. Un paziente diabetico può ricevere consigli dal medico e/o dall'infermeria, durante la visita ambulatoriale, per migliorare la propria alimentazione e per fare attività fisica adeguata. Il paziente può anche essere invitato, dagli stessi operatori, a partecipare attivamente a un gruppo di confronto tra pazienti per scambiarsi e individuare le soluzioni migliori, sperimentate da sé e da altri pazienti, per modificare il proprio stile di vita e per convivere con la malattia con più serenità ed efficacia. Il paziente inoltre può essere invitato, dagli stessi operatori e dal proprio medico di famiglia in rete con i primi, a partecipare a gruppi di cammino organizzati nella propria comunità e sostenuti dal Comune, che mette a disposizione accompagnatori qualificati e spazi verdi pubblici. Nel primo livello sono necessari operatori formati al counselling motivazionale breve. Nel secondo sono necessari spazi attrezzati presso gli ambulatori e operatori formati alla facilitazione di gruppi. Nel terzo sono necessari interconnessioni e collaborazioni a rete tra enti e professionisti, cioè condivisione di risorse e responsabilità.

È un cambiamento possibile? Esistono esperienze, non isolate, in Italia e in giro per l'Europa e il mondo. Tutte raccontano non solo di un cambiamento individuale (paziente), ma anche professionale, organizzativo, comunitario. È un cambiamento sostenibile? ... è necessario vedere con occhi nuovi le risorse nascoste e le potenzialità creative dei singoli e delle comunità. È necessario ri-orientare il nostro modo di erogare servizi, offrendo opportunità ed accompagnando il cambiamento. Insomma è una faccenda che ha che fare con il cambiamento non solo dell'altro, ma anche con il nostro. E richiede competenze di accompagnamento, sostegno, stimolo e contenimento, proprie delle discipline e delle professioni psicologiche, pedagogiche ed andragogiche. Non solo competenze sul campo, ma anche progettuali che sappiano individuare e selezionare teorie, modelli e tecniche appropriate, e coerentemente applicate, nelle varie fasi della progettazione (diagnosi, obiettivi, attività e valutazione), realizzazione e valutazione di processo e impatto.

L'appropriatezza dei modelli e delle tecniche nella fase progettuale ed operativa dei progetti è uno dei punti più critici dei 137 progetti presentati nei due recenti bandi regionali di promozione della salute. È un punto critico, ma allo stesso tempo una sfida per migliorare la qualità, l'efficacia e la sostenibilità dei progetti e per dare più opportunità di salute e benessere. Abbiamo dalla nostra però due punti di forza. Condividiamo significati e orientamenti globali (Carta di Ottawa e Bangkok, OMS 1986/2005), stiamo sperimentando sul campo un modello – cornice di progettazione del cambiamento sistemico, resiliente alla complessità, che punta da subito ai risultati desiderati e all'integrazione sostenibile delle discipline e dei settori (PRECEDE-PROCEEDE).

Il presente quaderno è uno strumento in mano a tutti noi operatori. Un secondo è in preparazione sui modelli di cambiamento con approcci cognitivi. Sono due strumenti che hanno già aperto, con seminari rivolti agli operatori, un filone di riflessione operativa sulla sostenibilità del cambiamento. Stiamo pensando e sperimentando nuove forme di materiali e strumenti di documentazione (schede, seminari, recensioni e presentazioni di libri e ricerche, uso del sito DoRS...) più veloci e snelle per mettere in condizioni tutti di riflettere, sperimentare, raccontare, scambiarsi esperienze ed apprendimenti.

Stiamo tentando anche noi di cambiare il nostro modo di fare documentazione fruibile.

Aspettiamo anche le vostre idee e i vostri contributi, alimentiamo reciprocamente il ciclo della conoscenza.

INTRODUZIONE

a cura di Paola Ragazzoni e Claudio Tortone

Nell'affrontare il tema del cambiamento cercheremo di capire come le persone pensano, pianificano e attuano i cambiamenti e come è possibile aiutare e supportare gli individui in questo processo verso l'adozione di stili di vita salutari.

Nessuna teoria presente in letteratura riesce a tenere in considerazione, in una visione organica, tutti i fattori implicati nel comportamento "di salute", ma le singole teorie possono aiutarci a focalizzare i diversi aspetti comportamentali e a scegliere gli interventi di modifica del comportamento più appropriati per il nostro obiettivo.

Sebbene la conoscenza del comportamento umano non possa predire le azioni di una persona, essa può fornire una spiegazione su com'è probabile che certi gruppi di persone si comporteranno.

Infatti, anche se esiste una notevole variabilità individuale, i cambiamenti possono essere meglio compresi attraverso l'esame di tre dimensioni: comportamento, cognizione e contesto.

Il **comportamento** è "ciò che uno fa": indica quindi tutte le azioni fisiche effettuate dagli individui, compresa la ricerca di informazioni circa la propria salute.

La **cognizione** è "ciò che uno pensa": il modo in cui le persone definiscono e considerano la realtà e le proprie attività e il modo in cui cambiano opinione e atteggiamento. Con il termine cognizione si definiscono quindi tutti i processi mentali; non solo le attività concernenti strettamente il pensiero (conoscenza, atteggiamenti, attribuzioni e convinzioni) ma anche le percezioni, i valori personali, i valori culturali e il ricordo. La cognizione viene influenzata dall'intelligenza, dall'esperienza passata e dalle capacità percettive che sono differenti nelle diverse fasi della vita. Sono esempi di cognizione le credenze religiose, la fiducia/sfiducia nella medicina, la consapevolezza che il fumo è dannoso in linea generale, unita alla credenza che non sia dannoso per il singolo fumatore.

Il **contesto** è "l'ambiente che ci circonda" inteso come ambiente culturale, sociale, fisico, emotivo e psicologico che forma le persone e determina i fattori che possono agevolare o ostacolare il cambiamento. Include leggi, norme e dinamiche sociali. Alcuni comportamenti a tutela della salute non vengono adottati per motivi ambientali, ad esempio la protezione della pelle dal sole non viene considerata necessaria dalla comunità, una alimentazione sana può non essere disponibile sul luogo di lavoro, la fretta cronica ci induce ad usare l'auto invece di camminare per spostarci tra i vari appuntamenti della giornata.

Le relazioni tra comportamento, cognizione e contesto sono chiaramente reciproche e circolari e a seconda della teoria di riferimento vengono considerati centrali alcuni aspetti piuttosto che altri.

Waisbord (2001) ha descritto le teorie come "insiemi di concetti e proposizioni che articolano le relazioni tra variabili, al fine di spiegare e predire situazioni e risultati. Le teorie spiegano la natura e le cause di un dato problema e forniscono le linee guida per gli interventi pratici". Chiaramente esse possono non essere in grado di cogliere tutti gli elementi in gioco e il grado di importanza relativo a ciascun elemento misurato può variare ampiamente sia tra gli individui che tra le popolazioni.

Le teorie che tentano di spiegare il cambiamento si focalizzano principalmente sul rapporto cognizione-comportamento (teorie cognitive e comportamentali) e sul rapporto contesto-comportamento (teorie ambientali).

Le **teorie cognitive** si basano sull'assunzione del comportamento volitivo e volontario, determinato attraverso una azione diretta del pensiero. Ogni cambiamento rispetto ad un comportamento stabilito come "norma" viene analizzato in relazione alla adeguatezza della cognizione sottostante e a quanto la cognizione stessa venga adattata alla nuova esperienza. Le teorie cognitive sono state utilizzate per investigare i ruoli della motivazione, delle paure e delle percezioni errate.

Le **teorie comportamentali** a fasi si basano sulla ipotesi di interazione tra comportamento e cognizione, cosicché differenti tipi di cognizione operano a livelli differenti. Il Modello Transteorico che verrà presentato e discusso in questo quaderno, suggerisce che un individuo passi attraverso un crescente grado di disponibilità verso il cambiamento prima di intraprendere il cambiamento stesso. Abbiamo scelto di illustrare e vedere applicato il Modello Transteorico di DiClemente e Prockaska in quanto, pur essendo nato nel contesto clinico, è sicuramente uno dei modelli maggiormente utilizzato nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, anche se in maniera non sempre appropriata.

Le **teorie ambientali**, infine, si basano sulla premessa che sia l'ambiente ad influenzare le scelte comportamentali, anche se riconoscono che le reazioni di una persona ad un determinato ambiente vengono mediate dagli atteggiamenti¹ personali.

Al fine di fornire un quadro completo ed organico sulle teorie del cambiamento, nel secondo quaderno vedremo quali sono le altre teorie cognitive (oltre al Modello Transteorico) e illustreremo anche le principali teorie ambientali. In questo modo i nostri lettori avranno l'opportunità di scegliere la teorizzazione che corrisponde maggiormente al proprio modo personale di guardare e di dare una spiegazione alla realtà e al tipo di situazione che si intende analizzare.

Infatti alcune teorizzazioni meglio di altre si adattano a particolari gruppi target, a particolari comportamenti di salute, a particolari contesti-setting. E' ormai evidente che concentrarsi su un solo aspetto non è più sufficiente ed efficace, come evidenziato dall'evoluzione stessa dell'educazione alla salute in promozione della salute e rimarcato dalle prove di efficacia disponibili e dalle raccomandazioni di autorevoli istituzioni. Il successo di un intervento di prevenzione e promozione della salute è garantito se vi è un equilibrio dinamico tra una molteplicità di interventi contestuali con approcci di tipo individuale, gruppale, organizzativo ed ambientale. Superando le singole teorizzazioni, i programmi di intervento dovrebbero includere strategie per quanto possibile multiple in modo da integrare obiettivi di cambiamento del comportamento, delle cognizioni sottostanti e del contesto in cui si realizzano.

Nella tabella 1 della pagina successiva vi è una sintesi dell'utilizzo e degli oggetti di valutazione delle principali teorie di cambiamento (Slama K, 2004).

Tab. 1 Sintesi delle teorie del cambiamento

Teoria	Strategia di intervento	Variabili di processo	Risultati che portano al cambiamento	valutazione
TEORIE COGNITIVE				
Health Belief Model Becker & Maiman 1974	Accesso informazioni pertinenti e individualizzate Educazione alla salute Persuasione Strategie informative	Suscettibilità percepita Severità percepita Percezione modificazione rischio Suggerimenti per l'azione Valore sociale percepito	Mutamento percezione	Cambiamento conoscenza Cambiamento atteggiamenti Cambiamento convinzioni Cambiamento consuetudini
TEORIE COMPORTAMENTALI A FASI				
Theory of Reasoned Action Ajzen & Fishbein 1980	Educazione alla salute Counselling Comunicazione innovativa	Benefici percepiti e loro valore Norme sociali percepite e loro importanza Intenzione	Mutamento percezione Intenzione al cambiamento	Cambiamento conoscenza Cambiamento atteggiamenti Cambiamento convinzioni Cambiamento consuetudini Cambiamento intenzioni
Theory of Planned Behavior Ajzen 1985	Educazione alla salute Counselling Comunicazione mass media	Benefici percepiti e loro valore Norme sociali percepite e loro importanza Controllo comportamentale percepito Barriere percepite Motivazione Intenzione	Aumento motivazione. Intenzione al cambiamento	Cambiamento conoscenza Cambiamento atteggiamenti Cambiamento efficacia percepita Cambiamento motivazione Cambiamento intenzione
Modello transteorico DiClemente & Prochaska 1982	Informazioni individualizzate secondo la fase di disponibilità Marketing sociale (campagne dissuasione, programmi di comunità, strategie trasferimento della comunicazione)	Grado di disponibilità al cambiamento in fasi	Cambiamento grado disponibilità Cambiamento atteggiamenti Intenzione a cambiare	Cambiamento intenzioni Cambiamento comportamento

¹ Il termine atteggiamento, come traduzione di "attitude", comprende una credenza e il valore soggettivo attribuito a tale credenza ("io credo che mangiare frutta faccia bene alla salute e per me è molto importante la mia salute").

TEORIE AMBIENTALI/CONTESTUALI				
Teoria del contesto di base	Interpretazione analisi soggettive di costrizioni e regole Advocacy Pressioni politiche	Fattori sociali Fattori culturali	Scelte politiche che modificano barriere sociali e culturali	Nuove norme Nuove regole Nuove politiche
Teoria della partecipazione	Attività collaborative tra settori Coinvolgimento comunità Adozione nuove relazioni Mobilitazione sociale	Fattori sociali Fattori culturali	Ampliamento erogazione interventi. Definizione comune problemi	Cambiamento organizzativo Cambiamento norme Cambiamento politiche Comportamento popolazione
Modelli ecologici	Informazioni mirate Strategie supporto sociale Analisi costrizioni ambientali Advocacy	Approcci intrapersonali Approcci interpersonali Approcci istituzionali Approcci comunitari Politiche pubbliche	Cambiamenti ambientali	Nuove norme Nuove regole Minori vincoli ambientali Cambiamento comportamento popolazione
Modelli strutturali	Analisi organizzativi vincoli Advocacy	Fattori organizzativi	Cambiamenti strutturali per il comportamento salutare	Nuove norme Nuove strutture Cambiamento consuetudini popolazione Cambiamento comportamento popolazione

BIBLIOGRAFIA

1. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (1997). Health behaviour and health education: theory, research and practice. 2nd ED, San Francisco, Jossey Bass.
2. Waisbord S (2001). Family tree of theory, methodologies and strategies in development communication: convergences and differences. Prepared for the Rockefeller Foundation. <http://www.comminit.com/ctheories/sld-3152.html>
3. Sancho-Garnier H, Anderson A., Biedermanm A, Lynge E, Slama K, de Sabata MS, Rajeswaran L (eds). Strategie di prevenzione dei tumori e prove di efficacia. UICC, Geneva 2004

PREMESSA

a cura di Claudio Tortone

Questo quaderno presenta e sintetizza i contributi di un seminario di studio, organizzato da DoRS nel giugno 2005, dal titolo Stadi del cambiamento di DiClemente e Prochaska: teoria, opportunità e limiti in promozione della salute.

Il seminario si inserisce in una serie di proposte formative pensate per accompagnare e assistere gli operatori sanitari, responsabili di progetti, delle Aziende Sanitarie Locali piemontesi nella stesura e nella conduzione di progetti finanziati con i due bandi di Promozione della Salute promossi dalla Regione², offrendo una occasione di scambio e confronto tra la pratica degli operatori, le prove di efficacia, le teorie e gli strumenti proposti dalla letteratura.

Gli argomenti affrontati nel corso del seminario animato con circoli di lettura (da qui la denominazione di Journal Club) sono stati:

- introduzione al tema del cambiamento individuale nei comportamenti di salute;
- rassegna sul Modello Transteorico degli stadi di cambiamento (DiClemente e Prochaska), con particolare attenzione alla struttura del modello, alle sue possibili applicazioni in promozione della salute e alle evidenze presentate in letteratura;
- analisi di un articolo scientifico che illustra l'applicazione del Modello Transteorico alla prevenzione da HIV e l'applicazione di un intervento di tipo comportamentale a livello di comunità;
- descrizione di una esperienza sul campo realizzata dal Ser.T. di Giaveno (ASL 5, Collegno - Torino). In tale esperienza il Modello Transteorico è stato utilizzato per la valutazione della motivazione al cambiamento durante un corso di formazione rivolto ai funzionari addetti alla sorveglianza sul divieto di fumo;
- lettura e riflessione in piccoli gruppi di alcuni articoli scientifici che hanno applicato il Modello Transteorico a differenti temi e contesti della promozione della salute (alimentazione, attività fisica, prevenzione di incidenti sul luogo di lavoro, disassuefazione da fumo);
- conclusioni finali per la trasferibilità del Modello Transteorico.

E' importante inoltre sottolineare che per la stesura finale di questo Quaderno si è tenuto conto delle indicazioni e degli spunti emersi dal corso di formazione "*Modello Transteorico di cambiamento - focus sui processi*", al quale DoRS ha partecipato. Tale corso, svoltosi a Venezia nei giorni 2 e 3 luglio 2007, è stato condotto dallo stesso prof. DiClemente come docente, e ha rappresentato un'importante opportunità di confronto e riflessione soprattutto pratico-operativa tra gli operatori sanitari italiani impegnati che applicano il modello TTM nell'ambito preventivo e clinico.

Il quaderno è stato realizzato grazie al contributo di:

- Paola Ragazzoni, psicologa e psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo comportamentale, esperta in psicologia della salute, DoRS Regione Piemonte
- Gabriella Bosco, tecnico della prevenzione, S.PRE.S.A.L. ASL 7 Chivasso (TO)
- Mario Carzana, funzionario, Area Educazione Sanitaria e Promozione della Salute, Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Regione Piemonte
- Alessandro Coppo, psicologo e psicoterapeuta, Gruppo Tecnico Antitabacco del CPO - Piemonte (Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica)
- Paolo D'Elia, psicologo e psicoterapeuta, Gruppo Tecnico Antitabacco del CPO - Piemonte (Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica)
- Mariella Di Pilato, psicologa e psicoterapeuta specializzata in psicologia della salute, DoRS Regione Piemonte
- Simonetta Lingua, laureata in Scienze dell'Educazione, DoRS, Regione Piemonte
- Rita Longo, psicologa esperta nel campo dell'educazione e della formazione, DoRS, Regione Piemonte
- Silvia Mismetti, assistente sociale, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, Ser.T. Giaveno, ASL 5 Collegno (TO)

² I progetti dei due bandi sono accessibili nella banca dati – sistema informativo Pro.Sa on-line Progetti e Interventi (<http://www.dors.it/prosa/prosa.php>) e quelli del primo bando sono stati presentati in un quaderno scaricabile da <http://www.dors.it/pag.php?idcm=1229>

- *Sonia Scarponi*, psicologa e psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico, DoRS Regione Piemonte
- *Alessandra Suglia*, laureata in scienze dell'educazione, DoRS, Regione Piemonte
- *Claudio Tortone*, medico di sanità pubblica, DoRS Regione Piemonte

GLI STADI DEL CAMBIAMENTO: STORIA, TEORIA ED APPLICAZIONI

a cura di Paola Ragazzoni, Mariella Di Pilato, Rita Longo, Sonia Scarponi

Il modello transteorico (TTM) degli stadi di cambiamento (d'ora in poi per brevità chiamato Modello Transteorico) nasce da una analisi comparata delle principali teorie di psicoterapia e modificazione del comportamento allo scopo di collegarle tra loro (da qui il nome transteorico). L'obiettivo è quello di integrare in maniera sistematica un ambito che è stato frammentato in più di trecento differenti teorie di psicoterapia (Prochaska, 1979).

Contesto di riferimento e storia del modello

Nel mondo della psicologia si è osservata una evoluzione del concetto di "individuo": da rispondente passivo a stimoli esterni (anni 50), a soggetto in costante interazione con l'ambiente (tipica degli anni '60-'70) fino alla concezione che lo vede come modificatore attivo dell'ambiente in quanto dotato di autocontrollo, Self-efficacy e abilità di fronteggiamento (anni '80).

Negli Stati Uniti, dove sono nate queste teorizzazioni, il panorama scientifico si muove quindi, in quegli anni, dal comportamentismo ³ dominante fino alla fine degli anni '50 al cognitivismo che introduce l'analisi degli aspetti mentali (prima esclusi dallo studio in quanto non direttamente osservabili) e l'elaborazione di modelli ⁴ esplicativi dei singoli comportamenti.

In questo contesto, l'approccio della Social Cognition sostiene che gli individui, attraverso l'apprendimento sociale, sviluppino rappresentazioni mentali o cognitive (immagini, idee) della realtà, in grado di influenzare direttamente il comportamento. Secondo i modelli ispirati alla Social Cognition anche alla base dei comportamenti rilevanti per la salute vi sono credenze o atteggiamenti individuali. L'idea è quella di un essere umano che elabora razionalmente le informazioni, calibra costi e benefici, valuta la gravità di una malattia e poi decide come agire (vedi box 1). I modelli della Social Cognition sono stati a lungo criticati (vedi box 2), accusati di non avere validità ecologica e di non tenere in adeguata considerazione l'effetto della pressione culturale e di quanto accade nella vita quotidiana. La varianza spiegata⁵ da questi modelli si attesta intorno al 10-20%; questo indica che le variabili illustrate nei modelli sono in grado di spiegare solo nella misura del 10-20% cosa può accadere in termini di comportamento individuale. Inoltre tale predittività varia in relazione al comportamento preso in esame (ad esempio: conoscere le norme soggettive di un individuo ci permette di prevedere se userà o meno prodotti anabolizzanti ma non ci permette di prevedere se l'individuo in questione salterà o meno la prima colazione); e i modelli non hanno la stessa applicabilità in diversi gruppi e popolazioni.

Il Modello Transteorico nasce, quindi, all'interno dell'approccio della Social Cognition, nei primi anni '80 (Prochaska e DiClemente 1982; 1983; 1992; DiClemente e Prochaska, 1982; e Prochaska et al., 1992), come tentativo di comprendere e collegare le prospettive esistenti rispetto alle dipendenze e in particolare al fumo, superando al contempo i modelli precedenti ed in particolare la **Social Learning Theory**, l'**Health Belief Model** e la **Theory of Planned Behavior** (box 1).

Box 1 Principali modelli della Social Cognition

Social Learning Theory (Teoria dell'apprendimento sociale)

Nata a partire dai contributi di Miller e Dollard (1941) postula l'importanza dell'imitazione sociale, la quale gioca un ruolo centrale nelle acquisizioni sociali e contribuisce a mantenere la conformità sociale e la disciplina.

In base a questa teoria le dipendenze sono comportamenti appresi, che devono essere studiati secondo le regole dell'apprendimento (condizionamento classico, condizionamento operante, apprendimento attraverso osservazione e processi cognitivi).

³ Questo paradigma utilizza i modelli derivati dalle teorie dell'apprendimento e postula che "il comportamento è controllato dalle sue conseguenze e dagli stimoli discriminativi che lo precedono". Alla base ha una concezione dell'uomo come prodotto della sua esperienza ed in interazione con l'ambiente. Studia le leggi dell'apprendimento e in particolare condizionamento classico e condizionamento operante.

⁴ In questo senso il modello è una versione semplificata della realtà che descrive le funzioni svolte dalla mente.

⁵ la varianza indica il valore predittivo di un modello. E' un valore statistico che indica la misura in cui un insieme di variabili antecedenti spiegano l'esito finale, in questo caso la varianza calcola quanto gli elementi presi in considerazione dal modello sono in grado di predire quanto accadrà in una situazione reale.

Tali comportamenti non sono irreversibili, possono essere disappresi e si sviluppano lungo un continuum, non rappresentano delle categorie discrete (dipendenza/ non dipendenza). Il trattamento si pone come obiettivi il raggiungimento di una astinenza totale e il ri-apprendimento di uno stile di comportamento "normale".

Il merito del modello consiste nel considerare le dipendenze come comportamenti che possono essere disappresi, non stigma irreversibili.

Il limite del modello è quello di non esplicitare le relazioni tra apprendimenti individuali e apprendimenti sociali.

HBM - Health Belief Model (Modello delle credenze di salute)

Proposto da Rosenstock (1966, 1974) e modificato da Becker e Maiman (1975).

Si articola sulla percezione di una malattia minacciosa per il soggetto e sui conseguenti comportamenti preventivi. La probabilità con cui un comportamento rilevante per la salute viene adottato da una persona è influenzato da:

- suscettibilità percepita (rischio personale di contrarre una malattia "le mie probabilità di contrarre un tumore al seno sono elevate");
- gravità percepita (pericolosità attribuita a una patologia in termini di dolore, rischio di morte, conseguenze sociali "il tumore al seno provoca gravi menomazioni fisiche, o addirittura può essere mortale");
- percezione dei benefici associati al comportamento preventivo ("se pratico ogni mese l'autopalpazione potrei prevenire problemi futuri");
- percezione degli ostacoli associati al comportamento preventivo ("l'autopalpazione mi fa perdere tempo, mi fa diventare ansiosa").

Il merito del modello consiste nell'attribuire un ruolo importante alle convinzioni personali nella interazione con le variabili sociali.

Il limite del modello è quello di non prendere in considerazione le risposte emozionali che si associano alla percezione di una malattia come minacciosa; inoltre le credenze vengono considerate come statiche, non soggette a cambiamenti.

TPB - Theory of Planned Behavior (Teoria del Comportamento Pianificato)

Proposta da Fishbein e Ajzen, (1975) ed in seguito modificata (Ajzen 1985, Ajzen e Madden 1986).

L'intenzione è al centro del modello come determinante del comportamento.

L'intenzione è funzione di:

- atteggiamento nei confronti di un comportamento ("mangiare frutta e verdura è poco piacevole, per me è importante che i pasti siano gustosi");
- percezione soggettiva delle norme sociali ("i miei amici dicono che occorre mangiare frutta e verdura, per me è importante fare quello che dicono gli amici");
- fiducia nella capacità di poter esercitare un controllo sul comportamento (simile alla Self-efficacy) ("se voglio sono in grado di inserire frutta e verdura nella mia dieta tutti i giorni").

Il merito del modello è quello di analizzare i fattori che contribuiscono all'intenzione

Il limite del modello è quello di trascurare il ruolo delle componenti emozionali e delle variabili situazionali; appare quindi poco convincente il legame diretto tra intenzione e comportamento (è necessaria una approfondita attività cognitiva per tradurre un'intenzione in azione).

Ajzen (1991) ha compiuto una rassegna su 16 studi basati su tale modello evidenziando buona correlazione tra intenzione e le tre dimensioni del modello (atteggiamento, percezione delle norme sociali e fiducia nelle capacità di controllo). L'analisi della associazione tra intenzione e comportamento ha dato invece risultati contrastanti.

Box 2 Critiche ai modelli della Social Cognition

I modelli sono stati criticati perché

- considerano l'essere umano come dotato di grande razionalità e solida coerenza interna. In realtà non sempre ciò che facciamo è prodotto di pianificazione (emozioni, stati d'animo);
- considerano il comportamento frutto di una scelta logica, in realtà spesso l'essere umano agisce seguendo routine consolidate e non del tutto logiche;
- la razionalità è una caratteristica individuale, non per forza deve essere condivisibile per gli altri individui;
- tali modelli si basano su un assunto non del tutto scontato, ovvero che i precursori cognitivi del comportamento (le idee che precedono il comportamento) siano facilmente modificabili;

- prestano scarsa attenzione ai modelli automatici e inconsapevoli: non spiegano le pratiche meno soggette al controllo razionale (es. lavarsi i denti e le mani) o le decisioni personali che si fondano su regole semplificate;
- pongono scarsa attenzione al ruolo dell'impulso;
- non considerano il problema della relazione tra intenzione e comportamento (es. nella teoria del comportamento pianificato);
- considerano le cognizioni come entità separate le une dalle altre; invece alcuni autori sostengono che la percezione di suscettibilità ("sono a rischio di sviluppare obesità") non è distinguibile dalla Self-efficacy ("sono in grado di controllare i miei comportamenti per non ingrassare");
- presentano le cognizioni come astratte dal contesto socio ambientale. Si focalizzano quindi solo sull'individuo e non sul suo ambiente. Sebbene in alcuni modelli vi sia un riferimento alla rappresentazione individuale del contesto sociale (norme soggettive, sostegno sociale) l'accesso alla dimensione del contesto avviene sempre attraverso cognizioni individuali;
- non considerano i comportamenti frutto di decisioni congiunte: molte decisioni sono infatti frutto di interazione tra due o più persone e sono subalterne alle dinamiche di negoziazione, comunicazione e potere (per esempio la decisione di iniziare di una dieta, l'uso del preservativo).

Il Modello Transteorico, nasce quindi in questo contesto e cerca di superare gli aspetti critici evidenziati.

Dal punto di vista eziologico, il concetto di processo di cambiamento esposto e teorizzato da DiClemente e Prochaska trova le sue "radici" in una analisi comparativa delle teorie psicoterapeutiche e di modificazione del comportamento (Prochaska, 1979; Prochaska, Velicer, DiClemente e Fava, 1988):

- il costrutto di bilancia decisionale deriva dal modello di presa di decisioni di Janis e Mann (1977),
- la centralità dell'individuo è tipica dei principi Rogersiani,
- le tecniche brevi per la modificazione del comportamento sono ispirate ai concetti di Locus of Control, Motivazione e Self-efficacy,
- il concetto di aumento della consapevolezza è tipicamente freudiano,
- il concetto di contrattazione delle contingenze è Skinneriano,
- Prochaska e altri ricercatori (1994) hanno applicato il Modello Transteorico a diversi problemi comportamentali (fumo, problemi di controllo ponderale, HIV, alcol, attività fisica, delinquenza).

Dal punto di vista clinico psicoterapeutico tale modello è oggi utilizzato in maniera molto limitata in quanto troppo semplificato per illustrare il comportamento umano complesso. Ha avuto invece, proprio per la sua semplicità e aderenza ai bisogni della prevenzione, ampia diffusione in ambito medico sanitario per la correzione dei comportamenti dannosi per la salute e la prevenzione delle malattie.

Caratteristiche e struttura del modello

Il Modello Transteorico si propone di essere un modello esplicativo completo e multilivello in quanto tiene conto degli aspetti temporali⁶ e dinamici del cambiamento. L'originalità del modello consiste appunto nel non considerare i precursori, gli antecedenti del cambiamento ma solo il suo divenire nel tempo. Infatti tale modello definisce il cambiamento comportamentale come un processo dinamico che avviene secondo una sequenza ciclica, dove il progresso da una fase all'altra è guidato da 10 processi specifici.

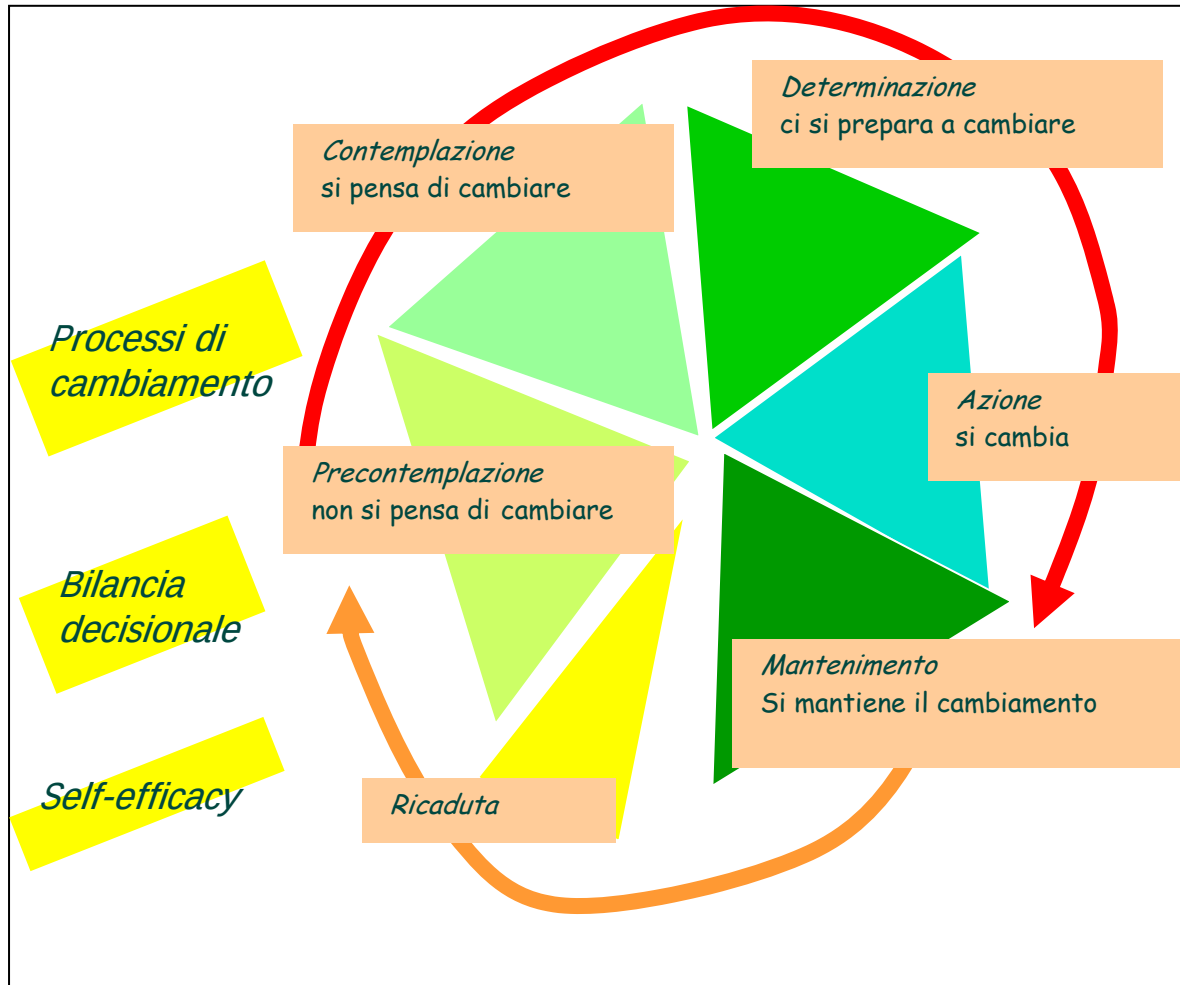
Gli assunti di base del Modello Transteorico sono:

- non è sufficiente una singola teoria per spiegare la complessità del processo di cambiamento. Un modello adeguato può nascere solo dall'integrazione tra le principali teorizzazioni in ambito psicologico;
- il cambiamento comportamentale è un processo che si articola nel tempo attraverso una sequenza di stadi;
- gli stadi sono stabili e aperti, come i fattori di rischio comportamentale sono stabili e nello stesso tempo aperti al cambiamento;

⁶ Modificazione nel tempo del comportamento stesso

- la maggior parte dei soggetti appartenenti ad una determinata popolazione a rischio non sono pronti per una fase di determinazione o di azione verso il cambiamento e per questo motivo i tradizionali programmi preventivi orientati all'azione risultano inefficaci;
- per ogni stadio di propensione al cambiamento vanno applicati specifici processi e specifici principi di modificazione comportamentale.

Figura 1 Gli stadi del cambiamento



Il Modello Transteorico è costruito su tre dimensioni fondamentali:

gli stadi del cambiamento, **i processi del cambiamento** (ovvero le strategie comportamentali messe in atto dal soggetto durante il cambiamento), **i fattori psicologici** che determinano il movimento da uno stadio a quello successivo (Self-efficacy, Locus of Control e bilancia decisionale). In realtà la bilancia decisionale è una tecnica che favorisce l'emergere della consapevolezza ed attiva i processi di cambiamento, non è un aspetto psicologico anche se gli autori del modello lo descrivono come tale.

Gli stadi del cambiamento

Rappresentano sia il periodo sia la descrizione delle caratteristiche comportamentali del soggetto. L'individuazione o assessment della fase in cui il soggetto si trova viene fatta tenendo in considerazione l'intenzione di modificare il comportamento nel periodo di tempo dei 6 mesi successivi al momento della valutazione ("pensa che nei prossimi sei mesi....").

Esistono diversi strumenti per l'assessment della fase in cui un individuo si trova in un determinato momento della sua vita, rispetto ad un determinato comportamento: si tratta in maggior parte di scale, questionari, algoritmi, a cui si associano altri strumenti che valutano fattori correlati (es. URICA misura gli atteggiamenti verso un certo comportamento; RUNG misura la "readiness to change"; ecc.). E' chiaro che tali strumenti non sono utilizzabili sempre e in qualsiasi circostanza: bisogna individuare quelli più adatti per quel tipo di persona, per quel tipo di situazione, ecc. Esempi in lingua

inglese sono disponibili sul web del laboratorio HABITS, istituito all'interno del Dipartimento di psicologia dell'università del Maryland in Baltimora e coordinato dallo stesso prof. DiClemente. (http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measures/index.html).

Gli stadi sono:

Precontemplazione: il soggetto in questa fase non ha ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento (intenzione relativa ai 6 mesi successivi alla valutazione). Il soggetto è non informato o mal informato rispetto al comportamento a rischio, oppure può aver fatto dei tentativi di cambiamento ed essere demoralizzato e aver perso fiducia nella propria concreta capacità di cambiare. Di solito i soggetti in questa fase evitano di leggere, parlare o pensare al comportamento a rischio. Sono i cosiddetti soggetti non motivati o resistenti al cambiamento. Gli ultimi studi su questo primo stadio fanno propendere per l'ipotesi dell'esistenza di più livelli all'interno dello stadio stesso (pre-pre-pre-contemplazione, pre-pre-contemplazione, ecc.), ma ciò è ancora oggetto di studio.

Contemplazione: il soggetto comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento: l'idea è che per passare dallo stadio di precontemplazione allo stadio di contemplazione ci debba essere per il soggetto una preoccupazione "almeno" sufficiente. In questa fase, il soggetto è consapevole dei pro e dei contro del cambiamento e questo può causare una situazione di forte ambivalenza che lo può far rimanere in questa fase anche per lunghi periodi di tempo ("contemplazione cronica" o procrastinazione).

Determinazione: il soggetto ha deciso di modificare il comportamento nell'immediato futuro (nel mese successivo) e pianifica la modalità di cambiamento (ad esempio può aver pianificato di consultare un esperto, partecipare a programmi strutturati, acquistare un volume di self-help).

Se il passaggio in questo stadio avviene a seguito di una decisione "forte" presa al termine della fase di Contemplazione, è meno alto il rischio di ripensamenti durante la fase di Azione.

DiClemente parla di "teachable moments", eventi importanti, transizioni nel ciclo di vita, che possono spingere/motivare un cambiamento (es. gravidanza, parto, ecc.) e che possono essere opportunamente "sfruttati"

Azione: il soggetto agisce per modificare il proprio comportamento. L'azione non è sempre una modificazione diretta del comportamento ma tutto quell'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse). Per considerare un comportamento come una effettiva azione di cambiamento occorre che tale comportamento riduca in qualche modo il rischio di malattia (ad esempio l'astinenza dal fumo).

Attenzione, però: se il bilancio non è abbastanza forte (o saldo), la fase di Azione dura poco, e si ritorna alla fase di Contemplazione.

Quindi, gli insuccessi e i tentativi fallimentari, le azioni non andate a buon fine, devono essere presi in considerazione dall'operatore ed enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento, non come ricadute o evidenze di sconfitta.

Mantenimento: in questa fase il soggetto si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del cambiamento. Chiaramente in questa fase le azioni sono ridotte, il soggetto non è impegnato attivamente come nella fase di azione. Questa fase ha una durata estremamente variabile in relazione al comportamento e alle caratteristiche individuali (es. per il fumo questa fase può durare da 6 mesi a 5 anni, National Cancer Institute, 2000).

Il tempo di permanenza individuale in ogni stadio è variabile, mentre i compiti da eseguire per passare allo stadio seguente sono uguali per tutti (ad esempio, per passare dalla Precontemplazione alla Contemplazione occorre diventare consapevoli del problema, iniziare a considerarne gli aspetti negativi e affrontare gli aspetti difensivi e abitudinari che ne rendono difficile il controllo).

I compiti consistono ne: l'accrescimento/aumento dell'interesse e della preoccupazione rispetto al comportamento da modificare; l'aumento di informazione sulle conseguenze nocive e le possibili alternative a quel comportamento (attraverso la valutazione di pro e contro); la presa di coscienza sul comportamento in atto e sui motivi che lo sostengono (la riflessione su di sé); l'analisi di rischi e ricompense, e la successiva presa di decisione; la nascita/mantenimento dell'impegno e la successiva creazione del piano efficace/accettabile. Essi richiedono abilità di auto-regolazione (sinonimo di auto-controllo sul piano cognitivo ed affettivo/emotivo), necessaria per cambiare modo di pensare/agire, inibire le pulsioni, seguire le regole, dilazionare i piaceri: l'auto-regolazione ha bisogno di esercizio/allenamento costante, ed è una forza necessaria per promuovere/spingere i processi di cambiamento.

I compiti (tasks) sono considerati da DiClemente più importanti degli stadi stessi, in quanto messi insieme forniscono la base per la motivazione al cambiamento del soggetto.

I processi di cambiamento

I processi sono meccanismi personali che permettono all'individuo di progredire da uno stadio ad un altro e, quindi, di cambiare (cambiare modo di pensare, di sentire e di agire riguardo a un suo comportamento inadeguato).

Prochaska e DiClemente hanno identificato 10 principali processi⁷ indipendenti tra loro: 5 di ordine cognitivo esperienziale e 5 di ordine comportamentale.

I primi due stadi richiedono processi di tipo cognitivo-esperienziale (il modo in cui l'individuo pensa), gli stadi successivi i processi di tipo comportamentale (il modo in cui l'individuo agisce).

5 processi di ordine cognitivo esperienziale.

Solo l'attivazione dei processi cognitivi-esperienziali (legati all'aumento di consapevolezza e alla spinta motivazionale) fa sì che abbiano successo le parole e gli sforzi dell'operatore con cui l'individuo sta intraprendendo un percorso di cambiamento, e gli consentono perciò di progredire.

Aumento della consapevolezza sul problema e sui benefici di un eventuale cambiamento ("mi faccio venire in mente tutto quello che ho letto sul fumo"). **Tecniche** che possono favorire un aumento della consapevolezza sono: informazioni fornite da operatori (previa indagine con domande per capire se la persona sta davvero ricercando informazioni) o da altre persone significative, confronto con le opinioni di altri sull'argomento, lettura di materiale specifico e campagne dei mass media.

Attivazione emotiva: sperimentare ed analizzare le reazioni emotive a tali informazioni e in generale sullo status quo o sull'eventuale cambiamento. **Tecniche** che possono aiutare l'attivazione emozionale sono la partecipazione a role playing, a sedute di psicodramma (secondo i quali tutto deve essere sentito/sperimentato a livello di "pancia"), l'ascolto di "testimoni" (es. le testimonianze dei familiari delle vittime della strada), la riflessione su campagne proposte dei mass media.

Auto-rivalutazione: considerare come e quanto lo status quo e il cambiamento sono in accordo o in contrasto con i valori personali (es. "Mi sento capace quando faccio la dieta", "Mi sento disgustato da me quando penso ai miei problemi col peso", ecc.). Tale valutazione personale comprende sia l'ambito cognitivo che quello affettivo in relazione ad un determinato comportamento. **Tecniche** utili per favorire tale processo sono la chiarificazione e l'esplicitazione dei valori individuali, l'analisi del ruolo svolto da modelli significativi per il soggetto (es. veder fumare una persona che si stima molto e a cui si vorrebbe somigliare può indurre a fumare) e tecniche immaginative che facilitino la valutazione personale ("prova ad immaginare come sarebbe la tua vita da non fumatore.....").

È da sottolineare che l'auto-rivalutazione è attiva soprattutto nello stadio della Contemplazione.

Rivalutazione ambientale: riconoscere e valutare gli effetti che lo status quo e il cambiamento hanno sull'ambiente e sulle persone (valutazione sia cognitiva che affettiva), comprende anche l'acquisizione di consapevolezza circa il proprio ruolo di modello per gli altri. **Tecniche** utili per favorire la rivalutazione ambientale: agevolare nel soggetto l'esplicitazione dei propri valori personali e quelli dell'ambiente di riferimento, mettendo in luce eventuali discrepanze e analizzando come il cambiamento potrebbe modificare i rapporti del soggetto con il proprio ambiente ("cosa penserebbero di te i tuoi figli se incominciassi a fare dell'attività fisica? Cosa penserebbe tua moglie?...ed i tuoi amici?").

Liberazione sociale: analizzare con il soggetto ed incrementare le occasioni e le norme sociali che possono supportare il cambiamento. **Tecniche:** partecipare a testimonianze pubbliche (ad esempio sul modello di Alcolisti Anonimi), favorire nel soggetto l'adozione di scelte sociali piuttosto che singole per favorire lo spirito di gruppo (ad esempio partecipare a situazioni sociali che favoriscano il cambiamento; nel caso del fumo può essere utile partecipare a situazioni dove vige il divieto di fumare, oppure per chi inizia a fare attività fisica partecipare agli avvenimenti sociali legati allo sport quali maratone, gare amatoriali, ecc).

⁷ La denominazione di ciascun processo deriva dalla traduzione letterale dalla lingua inglese e quindi può essere di non immediata comprensione (es il termine autoliberazione è sicuramente desueto nella lingua italiana).

I 5 processi di ordine comportamentale:

Auto-liberazione: accettare la responsabilità e impegnarsi in un cambiamento comportamentale attraverso una comunicazione pubblica (che arriva successivamente all'aver detto a se stessi "Ce la posso fare!"). **Tecniche** utili possono essere: dichiarazioni pubbliche (sempre sullo stile di Alcolisti Anonimi) o con persone significative del proprio intento e del proprio impegno per il cambiamento ("language commitment").

Controllo dello stimolo: creare, alterare, evitare stimoli che scatenano o incoraggiano il comportamento da modificare. **Tecniche** che favoriscono il controllo dello stimolo: evitamento dei luoghi e delle situazioni critiche che innescano il comportamento da modificare (ad esempio bere meno caffè per evitare l'associazione caffè-sigaretta oppure se l'obiettivo è la riduzione del sovrappeso evitare di aprire il frigorifero quando non è strettamente necessario); tecniche di modificazione ambientale (togliere da casa tutto quello che può ricordare le sigarette, o evitare di tenere in casa i cibi sconsigliati); partecipazione a gruppi di auto aiuto (per individuare strategie comportamentali che sono state utili ad altri soggetti con lo stesso problema).

Contro-condizionamento: cercare una risposta diversa allo stimolo "scatenante", cioè sostituire i comportamenti da modificare con "nuovi" comportamenti ed attività che entrano in competizione coi "vecchi" ("dopo il caffè al posto della sigaretta vado a fare una passeggiata", oppure "al posto della sigaretta mi gratifico con un cioccolatino, poi in seguito con qualcosa di meno dannoso ancora"). **Tecniche:** rilassamento per imparare a gestire le proprie emozioni, training assertivo per meglio gestire l'ansia legata alle situazioni sociali che sono connesse ad esempio all'accensione della sigaretta, uso di sostituti nicotinici o di cibi a basso contenuto calorico.

Gestione del rinforzo: gratificarsi con un rinforzo positivo dopo aver attuato i nuovi comportamenti salutarì, quindi cercare "nuovi" rinforzi che sostituiscano i "vecchi", sennò si rimane in un certo senso "vuoti" e si rischia di ricadere. **Tecniche:** organizzazione del rinforzo, ad esempio pianificare una serie di attività piacevoli da svolgere al termine di ogni giornata in cui ho mangiato in maniera sana, al termine di ogni settimana, ecc. Chiaramente la programmazione dei rinforzi è molto individuale e deve essere accuratamente pianificata con il soggetto in quanto la scelta di un rinforzo non significativo per il soggetto rischia di vanificare il risultato dell'azione di cambiamento.

Relazioni d'aiuto: saper cercare e ricevere supporto da altri per cambiare il comportamento. **Tecniche:** richiedere e saper accettare l'aiuto offerto da altri per attuare e mantenere il cambiamento. Ad esempio chiedere ai familiari di modificare le abitudini alimentari della famiglia per agevolare il cambiamento del soggetto che ha problemi di peso; cercare un amico per svolgere insieme dell'attività fisica.

I Fattori psicologici

Self-efficacy (Autoefficacia, Bandura 1977, 1991, 1995): fiducia nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario per raggiungere i risultati prefissati. La Self-efficacy rende un individuo in grado di prendere in esame la possibilità di modificare il proprio comportamento e mantenere alta la motivazione al cambiamento e al suo mantenimento. Nel processo di cambiamento la determinazione si avvale di abilità di autoregolazione che forniscono feedback continui sul livello di motivazione e sul comportamento (abilità che si possono apprendere con specifici training).

L'introduzione del concetto di Self-efficacy ha permesso di passare da programmi di promozione della salute di tipo meramente informativo a modelli formativi che oltre all'aspetto informativo comprendono lo sviluppo di abilità di autoregolazione, costruzione di senso di Self-efficacy e ricerca di sostegno sociale.

Il concetto di Self-efficacy non deve essere confuso con quello di autostima: la Self-efficacy è relativa alla capacità di influenzare gli eventi per raggiungere un dato risultato, è sempre in relazione ad un obiettivo, l'autostima invece è una valutazione più generale di sé e delle proprie caratteristiche, senza riferimento ad un risultato specifico. Il senso di Self-efficacy riguarda quindi giudizi di capacità personale, mentre l'autostima riguarda giudizi di valore personale.

Per misurare la Self-efficacy esistono strumenti specifici per ogni comportamento⁸, ad esempio per valutare il desiderio di fumare di un soggetto in 20 differenti situazioni è stato costruito il Self-efficacy Questionnaire (Velicer, Di Clemente, Rossi, Prochaska, 1990). Il punteggio, calcolato su scala Likert a 5 punti⁹, si suddivide in 3 sottoscale:

- desiderio di fumare in situazioni positive/sociali (alle feste, a cena, nelle situazioni di rilassamento);
- desiderio di fumare in situazioni negative/affettive (ad esempio in situazioni di conflitto o di stress);
- desiderio di fumare in situazioni abituali/di dipendenza (ad esempio dopo il caffè, o appena scesi dal letto).

Locus of Control (Rotter 1966): tendenza dell'individuo a percepire le situazioni come contingenti ai propri comportamenti (Locus of Control interno) o invece determinate da forze esterne, quali il destino o l'azione di altre persone (Locus of Control esterno). Nel campo della salute una persona con Locus of Control Interno ritiene che la propria salute sia dipendente dai propri comportamenti preventivi e salutari e quindi si sentirà direttamente responsabile, invece il soggetto con Locus of Control Esterno ritiene che la salute dipenda dal destino ("se una cosa deve succedere, succederà indipendentemente da ciò che io faccio") o da altri significativi ("se mi affido ad un bravo medico egli certamente mi salverà") e quindi sarà meno incline a prendersi cura attivamente del proprio stato di salute.

Bilancia decisionale. Come già detto precedentemente, questa è una tecnica di cambiamento e non un fattore psicologico, anche se in alcune pubblicazioni sul Modello Transteorico viene indicato come tale. La tecnica della bilancia decisionale consiste nella valutazione comparativa degli aspetti positivi e negativi di un particolare comportamento. Riflette il peso soggettivo dei pro e dei contro per il cambiamento. Il modello originale per il processo di "presa di decisioni" di Janis e Mann (1977), da cui deriva tale tecnica, include quattro categorie di pro (vantaggi pratici per sé, vantaggi pratici per gli altri, approvazione personale, approvazione degli altri) e quattro categorie per i contro (costi, svantaggi pratici per sé, svantaggi per gli altri, disapprovazione personale e disapprovazione degli altri).

Prochaska et al.(1994) hanno esaminato il cambiamento in 12 differenti comportamenti e hanno evidenziato una relazione tra gli stadi e i pro e contro del cambiamento. Per ogni comportamento studiato, per passare dallo stadio della precontemplazione allo stadio della azione, i pro del cambiamento dovevano superare i contro in un rapporto 2:1.

Esiste uno strumento "Decisional Balance Questionnaire" (Velicer, Di Clemente, Prochaska e Brandenburg, 1985) costruito per valutare l'importanza soggettiva di 10 aspetti positivi e 10 aspetti negativi del comportamento bersaglio; prevede sempre una valutazione su scala Likert a 5 punti.

Uso del Modello nella Promozione della Salute

Nella stesura di un progetto di promozione della salute il Modello Transteorico può essere utile perché chiarisce il contesto di riferimento entro cui ci si intende muovere e indica gli strumenti per la valutazione e le tecniche adeguate all'intervento. Diciamo che può servire come griglia per indicarci cosa andremo a valutare e con che strumenti intendiamo procedere.

Per quanto riguarda la misura/valutazione dello stadio, è importante dire che agli strumenti diagnostici descritti nel paragrafo precedente (nati in ambito clinico-terapeutico), si sono recentemente aggiunti strumenti di self-nomination e peer-nomination: griglie o tabelle (che possono essere costruite ad hoc in base ai principi del Modello Transteorico) che riportano gli elementi caratterizzanti i diversi stadi, e per le quali si chiede al soggetto (o al gruppo di soggetti) di posizionarsi laddove sente di trovarsi rispetto ad un certo comportamento. Naturalmente, quest'auto-valutazione non è consigliata laddove si voglia valutare la possibilità o meno di effettuare un trattamento con un soggetto alcolista o tossicodipendente perché questi in genere tende a dire di essere pronto a cambiare. Piuttosto, l'auto-valutazione sembra essere valida soprattutto in quelle

⁸) Altri strumenti per la valutazione del senso di Self-efficacy personale sono disponibili in inglese sul sito http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measures/self-efficacy/index.html

⁹) La scala Likert è un sistema di scaling che si basa sulla codifica numerica delle categorie nominali (es. per nulla, poco, abbastanza, molto, moltissimo), ad ogni categoria viene assegnato un numero. Chiaramente il numero in questo caso ha valore ordinale (crescente o decrescente) ma non viene rispettato l'intervallo (distanza equivalente tra 1 e 2, tra 2 e 3 ecc.) o il rapporto tra i numeri stessi. Non si possono fare operazioni aritmetiche sulle modalità del carattere ma possiamo stabilire una relazione di ordine.

situazioni in cui si voglia lavorare nell'ambito della prevenzione/promozione di comportamenti (es. fumo di sigaretta, dieta, ...): ad es. se si vuole lavorare in una classe, si può chiedere ai ragazzi stessi di auto-suddividersi in sottogruppi in base a griglie che indagano le conoscenze e la opinioni dei soggetti e configurano le caratteristiche salienti dei diversi stadi per un certo comportamento¹⁰.

Non è sostenibile un progetto che indichi come riferimento il Modello Transteorico e poi descriva un tipo di intervento dove i soggetti non sono chiaramente divisi rispetto allo stadio di appartenenza e dove l'intervento è di tipo puramente informativo e non fa leva su quelli che sono indicati come i principi del modello stesso. Come sottolineato da Prochaska e Velicer (1997) spesso viene utilizzata la suddivisione dei soggetti secondo gli stadi del cambiamento ma poi i processi di cambiamento non vengono approfonditi e analizzati. Invece, una volta classificato e suddiviso il campione, la parte operativa del modello (processi e tecniche di cambiamento) è particolarmente utile per la costruzione dell'intervento stesso e per la valutazione dei risultati ottenuti.

Rispetto ai tempi, occorre tenere presente che per adottare un nuovo comportamento occorrono in media dai tre ai sei mesi, mentre perché il cambiamento attuato diventi parte della vita del soggetto (ad esempio affinché una persona arrivi a non poter fare a meno della razione di frutta giornaliera o del contorno di verdura, o affinché una persona non possa fare a meno dell'attività fisica in settimana) occorre un periodo da 1 a 2 anni. Nella progettazione questi tempi vanno tenuti in considerazione (almeno quelli del cambiamento, quindi da tre a sei mesi) perché, se non considerati, rischiano di inficiare la qualità dell'intervento stesso e le sue possibilità di consolidamento nel tempo.

DiClemente ha indagato le applicazioni del Modello Transteorico all'ambito dell'alimentazione¹¹. Il comportamento/stile alimentare è caratterizzato da multifattorialità, in quanto influenzato da una varietà di fattori di rischio/protettivi, e composto da più sub-comportamenti: ad esempio il controllo del peso, l'attenzione all'immagine corporea, il controllo del livello di glucosio, una dieta corretta, ecc. fanno tutti parte di uno stile alimentare sano, e si è visto come le persone attraversino stadi diversi per ciascun sub-comportamento (possono cioè trovarsi in fase di Precontemplazione rispetto all'adozione di una dieta corretta, ma in fase di Determinazione rispetto al controllo del peso). Inoltre, il (sub)comportamento "adozione di una dieta povera di grassi" può essere suddiviso in un certo numero di azioni che lo compongono (es. evitamento di snack, consumo di latte parzialmente scremato, lettura delle etichette dei prodotti, ecc.), e si è visto come la stessa persona possa variare lo stadio in cui si trova rispetto ad un certo comportamento (Precontemplazione rispetto all'adozione di una dieta povera di grassi) in relazione alle singole azioni (essere ad esempio ancora in Precontemplazione rispetto all'evitamento di snack ma in una fase più avanti rispetto al consumo di fibre). Quest'individuazione puntuale degli stadi per ciascuna azione di un comportamento generale ha lo scopo di orientare la progettazione di un intervento preventivo-educativo e promozionale.

Dal Modello Transteorico deriva la tecnica del colloquio motivazionale. I suoi ideatori, Miller e Rollnick, hanno pensato che non fosse necessario valutare lo stadio in cui la persona si trova, ma analizzare - attraverso un semplice colloquio - alcune dimensioni fondamentali, quali: l'importanza che il cambiamento assume per quella persona, il livello di auto-efficacia, la "prontezza" (o disponibilità) al cambiamento. Questa tecnica è particolarmente efficace per soggetti scarsamente motivati a cambiare (stadi di precontemplazione e contemplazione). Il colloquio motivazionale può essere condotto con ottimi risultati dai professionisti della salute, anche non psicologi, dal momento che ha un focus specifico (comportamento di salute e motivazione) e non si pone obiettivi di diagnosi o modificazione della personalità del soggetto stesso. Occorre però utilizzarlo con una certa cautela anche in ambito sanitario. La condizione di instabilità, in cui si trovano i soggetti in fase di precontemplazione e contemplazione, non è un tratto di personalità del soggetto ma il risultato di un conflitto tra costi e benefici del comportamento stesso. Il superamento dell'ambivalenza è un processo lungo e faticoso, spesso i professionisti sono tentati di persuadere il soggetto indicando direttamente i vantaggi che si possono ottenere dall'adozione di un nuovo comportamento. Questo atteggiamento rischia di attivare un circolo vizioso in cui il conflitto da interno al soggetto rischia di riproporsi nella relazione dove ognuno dei due attori assume su di sé uno solo degli aspetti dell'alternativa. L'intervento deve invece avere l'obiettivo di ampliare la "frattura interiore" tra la condizione attuale del soggetto e le mete desiderabili, cercando di evitare che tale discrepanza finisca con il provocare la rottura del rapporto o il rafforzamento del comportamento dannoso. Chiaramente a seconda dello stadio in cui si trova il soggetto si utilizzeranno tecniche motivazionali differenti. Vediamo alcune esemplificazioni:

¹⁰ Esempi di tali griglie sono visibili all'interno degli studi pubblicati sul sito del laboratorio HABITS, <http://www.umbc.edu/psyc/habits/>

¹¹ Havas S, Anliker J, Greenberg D, Block G, Block T, Blik C, Langenberg P, DiClemente C. **Final results of the Maryland WIC Food for Life Program.** *Prev Med.* 2004 May;38(5):668.

In fase di precontemplazione una persona avrà bisogno di evidenziare e esplicitare i pro e i contro che lo avvicinano e/o allontanano dal cambiamento, avrà bisogno di aumentare la propria consapevolezza circa i rischi e i problemi connessi al mantenimento delle proprie abitudini. In questa fase è utile un approccio informativo, che insinui dei dubbi circa l'adeguatezza delle proprie abitudini. E' importante inoltre che il soggetto sperimenti ed espliciti le reazioni emotive su tali informazioni e in generale sul mantenimento dello status quo o del cambiamento (attivazione emotiva), oltre che riconoscere gli effetti che lo status quo e il cambiamento potrebbero avere sull'ambiente (rivalutazione ambientale). In questa fase è importante che l'operatore adotti alcune strategie: saper ascoltare; esplorare le conoscenze e le opinioni del soggetto; dare informazioni ma solo "a piccole dosi" e se c'è il consenso da parte del soggetto; non dare consigli diretti o, peggio, giudizi; mantenere "il contatto" (l'individuo potrebbe tentare di modificare il suo comportamento in un periodo successivo, e quindi ritornare); creare dubbi e sollecitare la riflessione personale del soggetto.

Nella fase di contemplazione si osserva una parziale consapevolezza del problema e il soggetto manifesta l'intenzione di provare a cambiare nei prossimi 6 mesi. In questa fase l'intervento dell'operatore sarà, non più solo informativo, ma informativo-educativo, ossia tenderà a valorizzare gli aspetti positivi del cambiamento, invece di focalizzarsi sugli aspetti negativi del comportamento problematico. La tecnica della bilancia decisionale è chiaramente molto utile nei primi stadi (precontemplazione, contemplazione, determinazione), in quanto consente di: effettuare un'analisi qualitativa dei pro e dei contro; lavorare contemporaneamente sui valori e le preoccupazioni del soggetto; ipotizzare il presente e il futuro prossimi, dando per di più l'idea al soggetto stesso di essere al centro del processo di cambiamento. Oltre a proseguire con gli esercizi della bilancia decisionale e favorire l'aumento della consapevolezza su problema e benefici del cambiamento, si punterà la riflessione su auto-rivalutazione e rivalutazione ambientale (valutazione effetti status quo o cambiamento sui sistemi di valori personali e dell'ambiente di riferimento).

Nella fase di determinazione il soggetto manifesta l'intenzione di cambiare nelle prossime 4 settimane e/o ha fatto un serio tentativo negli ultimi 12 mesi. In questa fase il soggetto non sarà più concentrato sui pro e contro del cambiamento ma tenderà a fare domande aperte sul nuovo comportamento ("Cosa posso mangiare come spuntino?", "Cosa potrei ordinare quando sono al ristorante con amici per non compromettere la dieta?"). In questa fase è importante aiutare il soggetto ad immaginare il cambiamento e le sue ripercussioni sulle abitudini individuali e sociali e l'effetto che tale cambiamento avrà sugli altri significativi; è importante passare ad un tipo di intervento di tipo cognitivo ("Cosa penserò di me stesso?"), comportamentale ("Cosa farò in varie situazioni?") e relazionale ("Come cambierà la mia relazione con gli altri?"). Importante sarà anche concordare e condividere con il soggetto il Piano di cambiamento: "contratto individualizzato" contenente obiettivi a breve e a medio termine raggiungibili (accettabili per il soggetto, commisurati alle sue effettive abilità, con la dovuta considerazione per le difficoltà/debolezze individuali e/o contestuali), l'individuazione di persone di riferimento (in grado di fornire effettivo sostegno), la valutazione delle aspettative (realistiche/irrealistiche, ed eventuale ri-taratura), l'individuazione di opportunità/risorse disponibili (es. programmi e servizi attivi sul territorio), la scansione temporale (quando il soggetto pensa di iniziare concretamente a modificare il comportamento), la programmazione di una serie di alternative comportamentali per le differenti situazioni della quotidianità (tra cui le cosiddette "prove" di cambiamento - ad es. provare a non fumare/bere almeno nel weekend o in auto - come azioni iniziali). Converrà inoltre anticipare al soggetto che ci saranno situazioni critiche e ricadute, che sono momenti essenziali del processo di cambiamento e costituiscono delle opportunità di apprendimento. Per arrivare ad un Piano che abbia garanzie di validità è necessario aumentare il livello di self-efficacy (ad es, chiedendo al soggetto di individuare e raccontare situazioni del passato in cui sia riuscito a mettere in atto un cambiamento personale, e trasferendo quella modalità efficace/vincente al nuovo cambiamento che si vuol perseguire), e lavorare in tal modo sull'impegno personale (per passare dal pensare di cambiar qualcosa di sé all'azione concreta).

Nella fase di azione il soggetto sta attuando il Piano, sta cioè mettendo in atto una serie di strategie e, anche se non in maniera completa, sta modificando il proprio comportamento da meno di 6 mesi (affinché si instauri il nuovo modello di comportamento è necessario permanere in questo stadio almeno 3 - 6 mesi). E' importante aiutarlo a stabilire anche qui obiettivi a breve-medio termine, avendo particolare cura nel rinforzare i successi, anche se parziali, e nel ricercare e favorire il supporto dell'ambiente familiare. Ricordiamo che in questa fase possono verificarsi delle eventuali

ricadute, che rappresentano un evento che fa ripartire il ciclo degli stadi (qualcuno ritorna alla Pre-contemplazione; qualcun altro alla Determinazione, e riprova poco tempo dopo); infatti, se c'è una ricaduta ciò vuol dire che c'è stato un errore/sbaglio nei compiti degli stadi precedenti: non è dunque un problema che riguarda l'Azione, ma potrebbe invece riguardare la fase di Contemplazione (la bilancia decisionale non era così salda come sembrava), o la fase di Contemplazione (l'interesse manifestato non era poi così forte), o la fase di Determinazione (il Piano non era costruito bene, o non era accettabile). A questo punto, dunque, bisogna ragionare con la persona per capire dove c'è stato l'errore, per poter ricominciare.

Nella fase di mantenimento il soggetto deve essere aiutato a “non abbassare la guardia”, a mantenere alta l'attenzione sulle situazioni critiche, sulle situazioni in cui la tentazione a tornare al comportamento problematico sono state particolarmente forti.

Predittività

Per Predittività si intende “l'abilità di un modello o di una teoria nel definire i futuri risultati di un intervento, prima e in maniera indipendente da ciò che farebbe qualcuno consapevole delle variabili in gioco e dei loro presumibili effetti” (Rawson 1992).

Per essere considerato predittivo l'intervento, basato su un determinato modello teorico, deve indurre un cambiamento di grado significativamente superiore rispetto a quanto potrebbe avvenire in maniera spontanea, naturale.

Da una meta analisi di Marshall & Biddle (2001), condotta su 91 campioni indipendenti, emerge come il costruito di cambiamento nel Modello Transteorico sia effettivamente diverso a seconda dello stadio in cui si trova il soggetto e la maggior parte dei cambiamenti comportamentali si sviluppano secondo quanto descritto dalla teoria. Risultati simili sono stati evidenziati da uno studio su anziani rispetto al cambiamento di 10 comportamenti (tra cui l'utilizzo di cinture di sicurezza) (Nigg et al., 1999).

In letteratura ci sono autori che sostengono il valore del Modello, come Samuelson (1997) che l'ha descritto come “il più importante sviluppo teorico in ambito di promozione della salute del secolo” e autori molto più critici e scettici rispetto al suo valore come Whitelaw, Baldwin Bunton e Flynn che hanno pubblicato una metanalisi su 1000 pubblicazioni (dal 1985 al 1998) inerenti il Modello Transteorico (2000). Da tale metanalisi emerge come gli studi pubblicati evidenziano una debolezza metodologica che non permette di trarre indicazioni univoche sulla “forza” del modello. Infatti spesso gli studi descritti nelle pubblicazioni non sono caratterizzati da un robusto piano sperimentale (manipolazione variabili indipendenti, esistenza di condizioni controllo, minimizzazione effetto variabili intervenienti, misure statistiche per ogni variabile dipendente) che garantisca anche il controllo di tutte le variabili implicate. D'altra parte questo è il problema della ricerca in ambito psicologico.... la complessità delle variabili considerate e il controllo degli elementi in gioco sono aspetti critici difficilmente superabili nello studio dell'essere umano e dei suoi comportamenti.

Uso del modello nella prevenzione dei comportamenti di dipendenza

La revisione critica di Whitelaw, Baldwin Bunton e Flynn (2000) ha evidenziato come il modello negli anni sia stato sperimentato ed applicato nell'ambito della prevenzione di comportamenti di dipendenza (vedi Tabella 2).

Tab 2. Riassunto dati degli studi pubblicati (1985-1998) (tradotto da Whitelaw, Baldwin Bunton e Flynn)

Anno	Prev. Primaria	Prev. Secondaria	Prev. Terziaria	N. Studi
1985	0	4	0	4
1986	0	0	4	4
1987	0	0	3	3
1988	0	4	4	8

1989	1	0	3	4
1990	2	3	2	7
1991	2	6	6	14
1992	9	9	5	23
1993	13	6	4	23
1994	25	13	9	47
1995	20	20	11	51
1996	23	28	22	73
1997	27	22	26	75
mid-1998	12	14	6	32
Totale	134 (36.4%)	129 (35.1%)	105 (28.5%)	368

Da questi dati emerge come l'interesse sia stato inizialmente focalizzato sulla prevenzione secondaria e terziaria. I primi studi che hanno applicato il modello alla prevenzione primaria sono dei primi anni 90, dal 1995 in poi il modello è stato applicato in maniera pressoché omogenea a tutti gli ambiti di prevenzione. Per applicare il Modello Transteorico alla prevenzione primaria occorre sganciarsi da un atteggiamento "terapeutico-centrico":

- smettere di dare per scontato che "cambiamento" sia solo il passaggio da un comportamento "disadattivo" ad uno "corretto" e cominciare a pensare che tale modello può essere utilizzato anche per "leggere" il comportamento di un soggetto che si avvicina ad un comportamento problematico;
- considerare che l'individuo ha sviluppato la sua dipendenza nel tempo: nessuno nasce "disadattato", ma acquisisce comportamenti positivi e negativi attraverso l'apprendimento, sino ad arrivare ad una "dipendenza ben mantenuta".

In ambito preventivo, dunque, il Modello Transteorico può rappresentare un modo per provare a spiegare/capire l'iniziazione ad un certo comportamento (fumo/alcol/droghe): es. la fase di Contemplazione può rappresentare l'inizio relativamente alla "sperimentazione" di sostanze, per poi seguire tutto il percorso "classico" (passaggio all'uso casuale, a quello regolare, all'abuso e alla dipendenza).¹²

Il processo di cambiamento va letto nel tempo (perché si instauri una dipendenza è necessario che avvengano dei processi di cambiamento), in associazione ai cosiddetti fattori predittivi (fattori di rischio/protettivi): ad esempio, nella fase di Contemplazione assume un valore rilevante l'auto-efficacia come fattore protettivo (l'aspettativa di poter resistere alla pressione degli altri e dir di no); questa diventa un fattore di rischio se è un'auto-efficacia falsa (riguarda capacità che in realtà il soggetto non possiede): non sempre a tale valutazione positiva di sé, infatti, corrisponde una vera competenza.

Alcune indicazioni per gli operatori

La **prevenzione primaria** è diretta a soggetti in fase di precontemplazione e contemplazione rispetto all'uso di sostanze o all'adozione di comportamenti nocivi per la salute.

¹² Particolarmente interessante a tal proposito l' MYTS - Maryland Youth Tobacco Survey 2000 & 2002, studio di coorte che ha cercato di validare il Modello Transteorico relativamente all'iniziazione al fumo di sigaretta negli adolescenti attraverso l'analisi comparata di due differenti campioni di studenti di scuole medie superiori della contea del Maryland (tot. 47.000 studenti tra i 12 e i 18 anni). Inoltre, all'interno dello studio vengono illustrati alcuni questionari di auto-valutazione somministrati agli studenti per la valutazione dello stadio e l'individuazione dei livelli di esperienza rispetto al fumo, utilizzati per la composizione dei gruppi, prioritaria ad un intervento di tipo educativo/preventivo.

La **precontemplazione** rappresenta la totale mancanza di intenzione di usare una determinata sostanza (alcol, fumo, comportamenti disadattivi): pertanto, in questa fase l'attività di prevenzione non dovrebbe riguardare la trasmissione di informazioni (anche negative) su individui che non sentano il bisogno di averne (le campagne informative in questa fase possono indurre il soggetto - soprattutto in alcune fasce di età come quella adolescenziale - a desiderare di provare il comportamento descritto come negativo e pericoloso per la salute).

E' dunque importante lasciare in fase di quiete i precontemplativi. Attenzione, però: anche le persone con esperienza di fumo potrebbero essere in fase di Precontemplazione (l'aver sperimentato una volta una sigaretta non vuol dire essere interessati): questi vanno trattati in maniera diversa in termini di interventi preventivi. Potrebbe essere utile quindi potenziare i processi di (contro) informazione e (contro) attivazione emotiva in quei soggetti in cui si stia risvegliando un interesse per la sostanza.

Attenzione: 1/3 della popolazione giovanile attuale non ha neanche mai preso in considerazione di fumare una sigaretta (precontemplazione), 1/3 prova a fumare e cessa prima di aver sviluppato una dipendenza (soggetti che attraversano rapidamente gli stadi di contemplazione, determinazione e azione ma poi abbandonano il percorso): queste due popolazioni necessitano di approcci diversi.

Nella fase di **contemplazione** i soggetti cominciano ad essere "sensibili" al comportamento problematico: osservano le persone che fumano e le loro interazioni con l'ambiente, cominciano a valutare positivamente l'immagine del fumatore e a valorizzare i vantaggi connessi al fumo, possono manifestare desiderio di identificazione con il gruppo di fumatori e valorizzare alcuni aspetti del fumo. Per i soggetti in fase di contemplazione è importante lavorare per "smontare" i processi di:

- **attivazione emotiva:** Considerare le emozioni collegate ai messaggi pubblicitari e agli sponsor (ad esempio Ferrari vincente vuol dire Marlboro);
- **auto-rivalutazione:** "come fumare o non fumare si accordano ai tuoi valori?" "Cosa penseresti di te stesso al pensiero di essere un fumatore, e cosa invece al pensiero di non aver mai iniziato a fumare?";
- **rivalutazione ambientale:** "cosa provi quando vedi una persona per te importante che fuma, e cosa quando sai che una persona ugualmente importante non fuma?" "Cosa penserebbero le persone (amici, genitori, adulti importanti) se sapessero che tu fumi?".

La **prevenzione secondaria** si rivolge ai soggetti in fase di determinazione e azione rispetto all'uso di una sostanza o all'inizio di un comportamento.

I soggetti nella fase di **determinazione** fanno sperimentazioni sempre più lunghe e ravvicinate nel tempo, rispetto al fumo, ad esempio non sono ancora dei fumatori regolari ma si stanno preparando ad esserlo. Vedono sempre meno gli aspetti negativi del fumo e sempre di più gli aspetti positivi.

Si tratta solo di risolvere alcuni problemi pratici (trovare i soldi per comprare il pacchetto, lavarsi i denti prima di uscire con la ragazza, aerare il locale dopo aver fumato) e per il resto il comportamento non appare più negativo.

Questo momento rappresenta una "fase finestra": se il soggetto non passa all'azione in breve tempo il potenziale nuovo comportamento gradatamente si smonta.

Quindi in questa fase le esperienze negative o gli effetti collaterali dovuti alla sostanza possono bloccare il progredire della motivazione a fumare: ad esempio constatare una diminuzione delle proprie capacità sportive, od il risultato di alcune analisi mediche, o la notizia di un parente fumatore che sta male...

Nella fase di **azione** la persona ha strutturato un comportamento stabile nel tempo e nelle modalità. I processi comportamentali tipici sono:

- **Controllo dello stimolo:** il soggetto ha sempre con sé il pacchetto di sigarette e l'accendino, ha sempre minor fastidio per l'odore del fumo;
- **Controcondizionamento, gestione del rinforzo:** in modo crescente le occasioni di stress o di gratificazione sono affrontate con la sigaretta, i cui effetti sono sempre più rinforzati;
- **Relazioni d'aiuto:** il soggetto frequenta sempre più spesso persone che condividono le sue abitudini; ha l'impressione che tutti attorno a lui fumino;
- Percezione complessiva di grande **Auto-efficacia:** "fumo e non ho alcun problema (non ho tosse, non ho problemi respiratori, gli altri mi accettano come prima)". Questa percezione può costituire un punto di entrata per l'intervento: "fumi proprio quanto avevi stabilito, o sei andato oltre?" "Fumi sempre e solo le sigarette che ti danno soddisfazione, o qualche volta ti accorgi di fumare senza renderti conto e quindi senza provare piacere?".

La **prevenzione terziaria** è diretta ai soggetti in fase di **mantenimento** del comportamento che DiClemente chiama "dipendenza ben mantenuta": In questa fase non ci sono più dubbi, né

ripensamenti: es. la persona fuma nel modo più automatico e non dedica tempo al pensiero di non fumare. Adesso è un fumatore precontemplativo...

Per un intervento di prevenzione terziaria che abbia probabilità di successo con questo tipo di soggetti (es. cessazione fumo), è necessario in fase di assessment non solo valutare il livello di esperienza (ad es. da quanto tempo e quante sigarette al giorno la persona fuma) e individuare lo stadio, ma anche la cosiddetta "prontezza/disponibilità al cambiamento" (readiness for change - RUNG): ciò può avvenire anche attraverso una semplice autovalutazione, chiedendo alla persona di auto-collocarsi all'interno di una griglia con caselle in sequenza da 0 a 10, per rappresentare il punto in cui questi pensa di essere/trovarsi rispetto a "smettere di fumare" (N.B. i precontemplativi possono avere livelli diversi di readiness, collocandosi di solito in posizione bassa nella griglia, da 0 a 3). Inoltre, è importante nell'analisi dei dati, incrociare i vari elementi (livello di esperienza e stadio - precontemplazione, contemplazione, determinazione, caratteristiche demografiche del campione, livello di RUNG, ...)¹³

Applicabilità

In contesti di gruppo. Il modello può essere applicato a gruppi di soggetti in stadi omogenei, il percorso di cambiamento rimane comunque un percorso di tipo individuale. Vi sono articoli in letteratura che descrivono una applicazione di gruppo del modello: esiste un manuale per l'applicazione del modello ai gruppi con 29 sessioni di intervento e la descrizione delle tecniche per la costruzione delle abilità necessarie per mettere in atto il cambiamento desiderato (Velasquez, Maurer, Crouchm, DiClemente, 2001).

In un articolo di Frenn, Malin e Bansal (2003) è descritto un intervento di gruppo su classi di adolescenti, dove i gruppi classe sono stati formati sulla base degli stadi di appartenenza dei singoli individui. L'intervento è stato condotto da allievi del Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche. Ecco in tabella una descrizione delle attività delle singole sessioni.

Tab 2. Descrizione attività (tradotta da Frenn, Malin e Bansal, 2003)

SESSIONE	CONTENUTI	ATTIVITÀ
1	Dieta a basso contenuto di grassi, illustrazione della piramide alimentare, nozioni sull'adolescenza e il rapporto con il cibo, pro e contro di una dieta povera di grassi (processi di cambiamento attivati: aumento della consapevolezza)	Uso di esempi concreti e specifici per l'età, visione di poster, brainstorming su pro e contro di una dieta a basso contenuto di grassi
1A*	Gioco della dieta a basso contenuto di grassi, pianificazione di spuntini a basso contenuto in grassi (processi di cambiamento attivati: aumento della consapevolezza, liberazione sociale)	Gioco, discussione in aula sulla scelta degli snack da preparare
2	Revisione del proprio diario alimentare, scelta del cibo migliore in un fast food (processi di cambiamento attivati: autorivalutazione);	discussione sui diari alimentari e contenuto in grassi di snack e menu del fast food
2A*	Leadership del gruppo dei pari per la creazione di una scelta di snack (processi di cambiamento attivati: controcondizionamento, controllo dello stimolo, relazioni d'aiuto, liberazione sociale)	Scelta in classe degli snack da preparare, creazione di liste della spesa per esecuzione ricette e divisione dei ruoli
3	Snack a basso contenuto di grassi	preparazione e degustazione di 4 snack, revisione delle ricette con enfasi sul contenuto di grassi di ognuna
3A*	Pianificazione di un gioco divertente e facile da fare per tutti	Scelta delle postazioni del gioco, creazione di poster per le postazioni con indicazione delle calorie bruciate in 5 minuti
4	Esercizio per una vita sana (processi di cambiamento attivati: aumento consapevolezza, autorivalutazione, liberazione sociale)	Esecuzione esercizi guidata dai pari
4A*	Valutazione, focus group (processi di cambiamento attivati: gestione del rinforzo, attivazione emotiva, rivalutazione ambientale)	Discussione e sintesi di quanto appreso circa dieta a basso contenuto di grassi, esercizio fisico e ruolo dei leader

*a queste sessioni partecipavano anche gli studenti negli stadi di determinazione, azione e mantenimento.

¹³ MYTS - Maryland Youth Tobacco Survey 2000 & 2002, DiClemente
http://mdquit.org/sites/default/files/pdf_files/Youth-2.pdf

In differenti fasce di età. Esistono studi che dimostrano l'applicabilità del modello nella terza età (Nigg et al., 1999) e in adolescenza (fumo, Pallonen, 1998, Kidd et al., 2003; alcool, Migneault, Pallonen and Velicer, 1997; attività fisica, Nigg and Courneya, 1998).

Per quanto riguarda il fumo, occorre tener presente che gli adolescenti fumatori sono meno inclini degli adulti a smettere di fumare e quindi possono essere più resistenti al cambiamento (50% adolescenti in fase di precontemplazione contro il 40% degli adulti. Kidd et al., 2003).

Nigg and Courneya (1998) rispetto all'attività fisica hanno evidenziato come processi quali aumento di consapevolezza, attivazione emozionale, rivalutazione ambientale e auto-rivalutazione sono determinanti nello stadio dell'azione mentre per il fumo sono attivi maggiormente nella fase della preparazione. Questo può essere dovuto al fatto che l'attività fisica è sostanzialmente motoria mentre la cessazione dal fumo è un comportamento che implica una maggior preparazione cognitiva.

Con i bambini penso che siano maggiormente utili altri tipi di intervento più basati su l'apprendimento tramite un modello e il rinforzo fornito dal gruppo dei pari piuttosto che un modello come questo, fortemente incentrato sugli aspetti cognitivi e sul senso di Auto-efficacia individuale (vedi ad esempio "Lezioni sulla valutazione" a cura di Pawson e Myhill, 2001, tradotto da Dors).

In una intervista rilasciata nel 2004 DiClemente ha indicato gli ambiti di studio e di sviluppo del modello:

- comportamenti multipli (es. comportamento sessuale negli adolescenti scomponibile in comportamenti quali l'uso del preservativo, scelta consapevole del rapporto sessuale, uso della pillola del giorno dopo);
- interazione farmaci-processi motivazionali (come i farmaci, ad esempio Antabuse per l'alcool, interagiscono con il processo di cambiamento: aiutano o sono di ostacolo?);
- trattamenti imposti, ad esempio in carcere, in comunità (sospendere un comportamento non sempre significa operare un reale cambiamento).

Note critiche

Le osservazioni critiche proposte in letteratura si possono suddividere in critiche alla struttura del modello e alla sua validità interna, critiche alla applicabilità del modello, e problemi di rigore scientifico.

Problemi di validità interna (struttura del modello)

Linearità stadi/ integrità stadi ("gli stadi sono delle categorie discrete mentre il comportamento umano si colloca lungo un continuum che non può essere costretto in categorie discrete" Bandura, 1997). Una significativa quota di soggetti non può essere inserita in nessuno stadio specifico (Marcus et al., 1996; Kearney et al., 1999; Pierce et al., 1998).

Rappresentatività del gruppo (Farkas et al., 1996): gli studi che hanno esplicitato il modello sono per lo più basati su campioni di soggetti volontari, quindi già motivati al cambiamento.

Alcune variabili esplicative non vengono prese in considerazione (ad esempio il livello di dipendenza da una eventuale sostanza e la storia di tentativi di abbandono (Pierce et al., 1998).

Potere esplicativo del modello: questo è un modello predittivo o descrittivo? Mentre è sicuro il suo valore descrittivo, molti autori mettono in dubbio la sua capacità di predire il comportamento futuro del soggetto in un determinato stadio.

Variabilità inter-nazionale. Gli studi condotti su popolazioni di differenti culture hanno evidenziato notevole variabilità nella distribuzione dei soggetti (Kearney et al., 1999).

Pretesa di "transteoreticità".

Problemi di validità esterna (applicabilità del modello):

"È un modello che può essere utilizzato per descrivere altri comportamenti?"

con tale modello comportamenti complessi come attività fisica e comportamento sessuale sono difficilmente analizzabili in tutti i loro aspetti.

Natura individuale del modello: non considera aspetti sociali ed ambientali.

Focus limitato: focus individuale, solo su processi cognitivi.

Aspetti etici: forma di controllo coercitivo, esclude dall'intervento i soggetti in fase di precontemplazione.

Problemi di rigore scientifico

- Questionari e tutti i limiti del loro utilizzo: I questionari implicano una autovalutazione soggettiva del comportamento, che non è sufficiente per assegnare un individuo ad un determinato stadio (Lechner, 1998; McKie, 1999).
- Pochi studi su outcome.
- La progressione tra gli stadi non implica cambiamento comportamentale (outcome intermedio).
- Indicatori di risultato deboli (aumento conoscenze, ricordo di un intervento effettuato, misure interne di progressione tra gli stadi).

Alla luce di quanto sopra esposto proponiamo alcune riflessioni critiche rispetto al modello ed al suo utilizzo nell'ambito della promozione della salute.

Sicuramente il modello transteorico ha il pregio di essere semplice e facilmente applicabile all'analisi dei comportamenti. Forse negli anni ha avuto una diffusione acritica e un successo eccessivo che lo ha portato ad essere applicato in maniera superficiale e poco ragionata.

Il concetto di stadi del cambiamento ha il pregio di permettere una fotografia dei destinatari dell'intervento in un determinato momento e di tenere in considerazione il movimento di tali soggetti nel tempo. Occorre fare attenzione agli strumenti utilizzati per classificare i soggetti in un determinato stadio e a non "forzare" la classificazione a quella quota di popolazione che non è collocabile in uno stadio preciso.

Il secondo aspetto importante del modello è l'esplicitazione dei processi di cambiamento che sono utili per il passaggio da uno stadio all'altro e delle tecniche utili per attivare tali processi. Da qui i professionisti della salute possono trarre spunto per la programmazione delle attività più efficaci per favorire il cambiamento.

Nella considerazione e nell'utilizzo di tali processi occorre tenere in considerazione le differenze culturali tra il Nord America e l'Italia. Ad esempio i processi di cambiamento di **liberazione sociale** (che consiste nell'analizzare con il soggetto le norme sociali di riferimento ed incrementare, in relazione ad esse, le occasioni che possono supportare il cambiamento) e di **auto-liberazione** (impegnarsi pubblicamente ed accettare la responsabilità del cambiamento) sono consoni alla cultura statunitense (dove ad esempio sono nati movimenti come quello di Alcolisti Anonimi con una forte impronta sociale e spirituale) e meno proponibili per la cultura europea ed italiana, maggiormente improntata all'individualismo e alla libertà individuale.

Quindi possiamo concludere affermando che:

- le critiche al Modello Transteorico riflettono in parte le critiche già fatte ai modelli della Social Cognition in generale, quindi tale modello non è del tutto riuscito a superare ed integrare i modelli precedenti;
- occorrono studi quantitativi sull'applicabilità del modello con robusti piani di valutazione dei risultati;
- occorrono studi qualitativi (uso del modello in diversi contesti). Già Prochaska e Velicer (1997) notavano come il modello venga usato e studiato in maniera parziale con una focalizzazione sul concetto di stadi del cambiamento e scarsa attenzione per i processi di cambiamento. Inoltre gli studi di valutazione del modello tendono a supportare il modello analizzato e a non metterne in rilievo debolezze e aspetti critici;
- il modello è utile se usato in maniera flessibile, sensibile, in associazione con altre risorse teoriche;
- il modello deve essere collegato ad interventi socio-ambientali;
- il modello deve essere usato in maniera ragionata e critica.

BIBLIOGRAFIA

- Ajzen I. (1985). From intention to action: a theory of planned behaviour. In J. Kuhl e J. Beckman (eds) *Action control: from cognition to behaviour*. NY: Springer Verlag.
- Ajzen I. (1991). The theory of planned behaviour. In *Organizational Behavior and Human decision Processes*, 50, 179-211.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behaviour. In J. Madden IV (eds) *Neurobiology of learning, emotion and affect*. NY: Raven Press, 229-270.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press. Trad it: *Il senso di Autoefficacia*. Trento: Erikson, 1996.
- Bandura, A. (1997). Editorial: The Anatomy of Stages of Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, (1), 8-10.
- Becker M.H., Maiman L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13: 10-24.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7, 133-142.
- DiClemente, R., Crosby, R., and Kegler, M., eds. (2002). *Emerging Theories In Health Promotion. Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Farkas, A., Pierce, J., Zhu, S., Rosbrook, B., Gilpin, E., Berry, C. & Kaplan R. (1996). Addiction versus Stages of Change models in predicting smoking cessation. *Addiction*, 91, (9), 1271-1280.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitude, intention and behaviour*. Reading Mass: Addison Wesley.
- Frenn M, Malin S., Bansal, NK (2003). Stage-Based Interventions for Low-Fat Diet With Middle School Students *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 18, No 1, 36-45.
- Janis, I.L. & Mann L (1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment*. London: Cassel & Collier Macmillan.
- Kearney J., de Graf C., Damkjaer S. and Engstrom L. (1999) Stages of Change towards physical activity in a nationally representative sample in the European Union *Public Health Nutrition* Vol. 2 (1a): 115-124
- Kidd P, Reed D, Weaver L., Westneat S., Rayens M.K. (2003) The transtheoretical model of change in adolescents: Implications for injury prevention. *Journal of Safety Research*, 34: 281-288.
- Lechner L., Brug J., De Vries H., van Assema P and Mudde A. (1998) Stages of Change for fruit, vegetable and fat intake: consequences of misconception *Health Education research* Vol. 13 (1): 1-11
- Marcus B., Simkin L., Rossi J. and Pinto B. (1996) Longitudinal Shifts in Employees' Stages and Processes of Exercise Behaviour Change *American Journal of Health Promotion* Vol. 10: 195-201.
- Marshall, S. J., & Biddle, S. J. H. (2001). The transtheoretical model of behavior change: A meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 229-246.
- McKie L., Laurier E., Lennox S. and Taylor R. (1999) *Conceptualising Smoking and Health: Eliciting the Smoker's Agenda* paper presented at the BSA Medical Sociology Group Annual Conference, 24-26th. September.
- Migneault, J.P. ; Pallonen, U.E. & Velicer, W.F. (1997). Decisional Balance and Stage of Change for Adolescent Drinking. *Addictive Behaviors*, 22, (3), 339-351.
- National Cancer Institute. (2000). *Population based smoking cessation: Proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population*. Smoking and tobacco control Monograph N° 12. Bethesda MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub N° 00-4892.
- Nigg, C.R., Burbank, P.M., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J.S., Velicer, W.F., Laforge, R.G., & Prochaska, J.O. (1999). Stages of change across ten health risk behaviors of older adults. *Gerontologist*, 39, 473- 482.

- Nigg, C.R., & Courneya, K.S. (1998). Transtheoretical model: Examining adolescent exercise behavior. *Journal of Adolescent Health*, 22, 214– 224.
- Pallonen, U.E. (1998). Transtheoretical measures for adolescents and adults smokers: Similarities and differences. *Preventive Medicine*, 27(5 Pt. 3): A29–A38.
- Pierce, J., Farkas, A. & Gilpin, E. (1998). Beyond Stages of Change: The Quitting Continuum Measures Progress Towards Successful Smoking Cessation. *Addiction*, 93, (2): 277-286.
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Homewood: Dorsey Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, (1): 11-12.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983). Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1985). Common processes of self change in smoking, weight control, and psychological distress. In S. Shiffman & T. Wills (Eds.), *Coping and substance abuse*. San Diego: Academic Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds), *Treating Addictive Behaviors*. New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 188-213.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J. C., (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Fowler, J.L., Follick, M., Abrams, D. (1992). Attendance and outcome in a work-site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behavior*, 17, 35-45.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F.(1997). Response: Misinterpretations and Misapplications of the Transtheoretical Model. *American Journal of Health Promotion*, 12, (1): 11-12.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M., Marcus, B., Racowski, W., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13: 39-46.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente C.C., Fava J. (1988). Measuring process of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 520-528.
- Prochaska, J.O., Johnson, S., Lee, P. (1998). The transtheoretical model of behavior change. In S. S. Shumaker, & E. B. Schron (Eds.), *The handbook of health behavior change* (2nd ed.). New York, NY: SpringerPublishing Co., pp. 59– 84.
- Prochaska J.O., Redding C.A., Evers K.E. (2002) in Glanz K, Rimer BK, Lewis FM eds (2002) *Health behaviour and health education: Theory, Research and Practice*. San Francisco CA: Jossey Bass.
- Rawson D. (1992). The growth of health promotion theory and its rational reconstruction: lessons form the philosophy of science. In Bunton R. and Macdonald G. (eds.) *Health Promotion: Disciplines and Diversity* Routledge, London.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M.H. Becker (eds) *The health belief model and personal health behaviour*. Health Education Monographs, 2, 328-335.
- Samuelson, M. (1997). Commentary: Changing Unhealthy Lifestyles: Who's Ready.....Who's Not?: An Argument in Support of the Stages of Change Component of the Transtheoretical Model. *American Journal of Health Promotion*, 12, (1), 13-14.
- Velasquez, M.M., Maurer,G, Crouchm, C, DiClemente C (2001). *Group treatment for substance abuse. A stage of change therapy manual*. NY: Guilford Press.
- Velicer W.F., DiClemente C.C., Prochaska J.O.,Brandenburg N. (1985). A decisional balance measure for predicting smoking cessation. *Journal of personality and Social psychology*, 48: 1279-1289.
- Velicer W.F., DiClemente C.C., Rossi J.S., Prochaska J.O. (1990). Relapse situation and self-efficacy: an integrative model. *Addictive Behavior*, 15: 271-283.
- Whitelaw, S., Baldwin, S., Bunton, R, Flynn D.(2000). The status of evidence and outcomes in stage of change research. *Health Education Research*, 15(6): 707-718.

IN OCCASIONE DEI 15 ANNI DI DORS È STATA FATTA UNA REVISIONE GRAFICA DI QUESTO QUADERNO E UN AGGIORNAMENTO ALLA BIBLIOGRAFIA.

Per agevolare la consultazione abbiamo diviso le citazioni bibliografiche per anno di pubblicazione:

2013

- Connors, G., DiClemente, C.C., Velasquez, M., & Donovan, D. (in press). Substance abuse treatment and the stages of change (2nd Ed.). Guilford Press.
- Welsh, C., Earley, K., Delahanty, J., Wright, K., Berens, T., Williams, A.A., Barnett, B., & DiClemente, C.C. (In press). Residents' knowledge of standard drink equivalents: Implications for screening and brief intervention for at-risk alcohol use. *The American Journal on Addictions*.

2012

- Gregory, H. Jr., Van Orden, O., Jordan, L., Portnoy, G. A., Welsh, E., Betkowski, J., Charles, J. W., & DiClemente, C. C. (2012). New Directions in Capacity Building: Incorporating Cultural Competence into the Interactive Systems Framework. *American Journal of Community Psychology*. [Epub ahead of print].

2011

- DiClemente, C.C., Holmgren, M.A., & Rounsaville, D. (2011). Relapse Prevention and Recycling in Addiction. In B. Johnson (Ed.) *Addiction Medicine: Science and Practice*, New York: Springer.
- DiClemente, C., Schumann, K., Greene, P., & Earley, M. (2011). A Transtheoretical Model Perspective on Change: Process Focused Interventions for Mental Health and Substance Abuse. In Cooper, D. (Ed.). *Principles of Intervention in Mental Health-Substance Use*. Radcliff, London.
- DiClemente, C. C., Delahanty, J. C., Kofeldt, M. G., Dixon, L., Goldberg, R., Lucksted, A. (2011). Stage movement following a 5 As intervention in tobacco dependent individuals with serious mental illness (SMI). *Addictive Behaviors*, 36(3), 261-264.
- Werch, C., Bian, H., Carlson J. M., Moore, M. J., DiClemente, C. C., Huang, I. Ames, S., Thombs, D., Weiler, R. M., PoKorny, S. B. (2011). Brief integrative multiple behavior intervention effects and mediators for adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(1), 3-12.
- Dickerson, F., Bennett, M., Dixon, L., Burke, E., Vaughn, C., Delahanty, J., & DiClemente, C.C. (2011). Smoking cessation in persons with mental illness: The experience of successful quitters. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(4), 311-316.
- Penberthy, J. K., Hook, J. N., Vaughan, M. D., Davis, D. E., Wagley, J. N., DiClemente, C. C., & Johnson, B. A. (2011). Impact of motivational changes on drinking outcomes in pharmacobehavioral treatment for alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 35(9), 1694-1704.
- Schumann, K.P., Sutherland, J.A., Majid, H.M. & Hill-Briggs, F. (2011). Evidence-based behavioral treatments for diabetes: Problem-solving therapy. *Diabetes Spectrum*, 24, 64-69.

2010

- Armitagea C.J. & Arden M.A. (2010). A volitional help sheet to increase physical activity in people with low socioeconomic status: A randomised exploratory trial. *Psychology and Health*, Vol. 25 (10), 1129-1145
- DiClemente, C. C., Delahanty, J. C., & Fiedler, R. M. (2010). The Journey to the End of Smoking: A Personal and Population Perspective. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 418-428.
- Garay, M. M., DiClemente, C. C., & Delahanty, J. C. (2010). Quitting smoking and beating nicotine addiction: A woman's perspective. *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st century*, 2nd edition. In J. M. Samet & S-Y. Yoon (Eds.). The World Health Organization.
- DiClemente, C. C., Holmgren, M. A., & Rounsaville, D. (2010). Relapse prevention and recycling in addiction. In B. A. Johnson (Ed.), *Addiction Medicine: Science and Practice* (pp. 765-782). New York: Springer.

- Werch, C. E., Moore, M. J., Bian, H., DiClemente, C. C., Huang, I., Ames, S. C., Thombs, D., Weiler, R. M., Pokorny, S. B. (2010). Are effects from a brief multiple behavior intervention for college students sustained over time? *Preventive Medicine*, 50, 30-34.
- Werch, C. E., Bian, H., DiClemente, C. C., Moore, M. J., Thombs, D., Ames, S. C., Huang, I., Pokorny, S. B. (2010). A brief image-based prevention intervention for adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(1), 170-175.
- Black, M. M., Hager, E. R., Le, K., Anliker, J., Arteaga, S. S., DiClemente, C. C., Gittleson, J., Magder, L., Papas, M., Snitker, S., Treuth, M. S., & Wang, Y. (2010). Challenge! Health promotion/Obesity prevention mentorship model among urban, black adolescents. *Pediatrics*. 126, 280-288.
- Schumann, K.P., Touradji, P., & Hill-Briggs, F. (2010). *Inpatient rehabilitation diabetes consult service: A rehabilitation psychology approach to assessment and intervention. Rehabilitation Psychology*, 55, 339.

2009

- Dixon, L.B., Medoff, D., Goldenberg, R., Lucksted, A., Kreyenbuhl, J., DiClemente, C., Potts, W., Leith, J., Brown, C., Adams, C. & Affuyl, J. (2009). Is implementation of the 5 As of smoking cessation at community health centers effective for reduction of smoking by patients with serious mental illness? *American Journal on Addictions*, 18(5), 386-392.

2008

- Delahanty, J.C., DiClemente, C.C., Havas, S., & Langenberg, P. (2008). Smoking status and stages of change for dietary behaviors among WIC women. *American Journal of Health Behavior*, 32(6), 583-593.
- Prochaska, J., Wright, J., & Velicer, W. (2008). Evaluating Theories of Health Behavior Change: A Hierarchy of Criteria Applied to the Transtheoretical Model. *Applied Psychology*, 57(4), 561-588.
- Werch, C.E., Bian, H. Moore, M.J., Ames, J. & DiClemente, C.C. (2008). Brief multiple behavior health interventions for older adolescents, *American Journal of Health Promotion*, 23(2), 92-96.

2007

- Buckworth, J., Lee, R.E., Regan, G., Schneider, L.K., & DiClemente, C.C. (2007). Decomposing Intrinsic and Extrinsic Motivation for Exercise: Application to Stages of Motivational Readiness. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 441-461.
- DiClemente, C.C. (2007). Mechanisms, Determinants and Process of Change in the Modification of Drinking Behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(S3), 13S-20S.
- DiClemente, C.C. (2007). The Transtheoretical Model of Intentional Behaviour Change. *Drugs and Alcohol Today*, 7(1), 28-33.
- Penburthy, J.K., Ait-Daoud, N., Breton, M., Kovatchev, B., DiClemente, C.C., & Johnson, B.A. (2007). Evaluating readiness and treatment seeking effects in a pharmacotherapy trail for alcohol dependence. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 31(9), 1538 - 1544.

UN CASO...DALLA LETTERATURA *a cura di Simonetta Lingua*

Presentazione articolo scientifico di Cabral R, Cotton D, Semaan S, Gielen A, **“Application of transtheoretical model for HIV prevention in a facility-based and a community-level behavioural intervention research study”**, pubblicato su Health Promotion Practice Vol 5, n 2, 199-207, 2004.

L'articolo descrive l'utilizzo del Modello Transteorico (TTM) di Prochaska e DiClemente all'interno di un progetto del CDC (Centre for Disease Control) sulla prevenzione dell'HIV nelle donne a rischio. L'obiettivo dell'intervento era l'incremento dell'uso del preservativo nelle donne a rischio, utilizzando due differenti approcci: l'uno di comunità (con produzione di volantini, mobilitazione della comunità, etc.) e l'altro di livello individuale (counseling personalizzato alle donne presenti nei servizi quali rifugi per senza fissa dimora, centri per la tossicodipendenza, ambulatori, etc).

Nel 1993 quindi 4 cittadine americane (Baltimora, Filadelfia, Pittsburgh, Portland) furono coinvolte in un trial che prevedeva interventi a livello comunitario e nei servizi con l'obiettivo di diminuire i comportamenti a rischio e incrementare l'utilizzo di metodi contraccettivi, in particolare l'uso del preservativo.

Nell'intervento comunitario è stato utilizzato un disegno dello studio quasi sperimentale con casi e controlli in ogni città e survey annuali dal 1993 al 1996 fatte, attraverso lo strumento dell'intervista, su un campione di donne di 15-34 anni che avessero avuto rapporti nei 30 giorni precedenti. A fronte dell'intervento con distribuzione di volantini sui quali sono stampate interviste semistrutturate a donne a rischio che raccontano il loro spostamento da uno stadio all'altro del Modello Transteorico TTM rispetto ad uno specifico comportamento e il processo da loro utilizzato e occasioni di discussione individuale con il supporto dei volantini stessi, 2/3 delle donne appartenenti alla comunità dove è stato effettuato l'intervento erano entrate in contatto con il progetto ed erano più propense all'uso del preservativo rispetto al controllo, con un incremento del 37% .

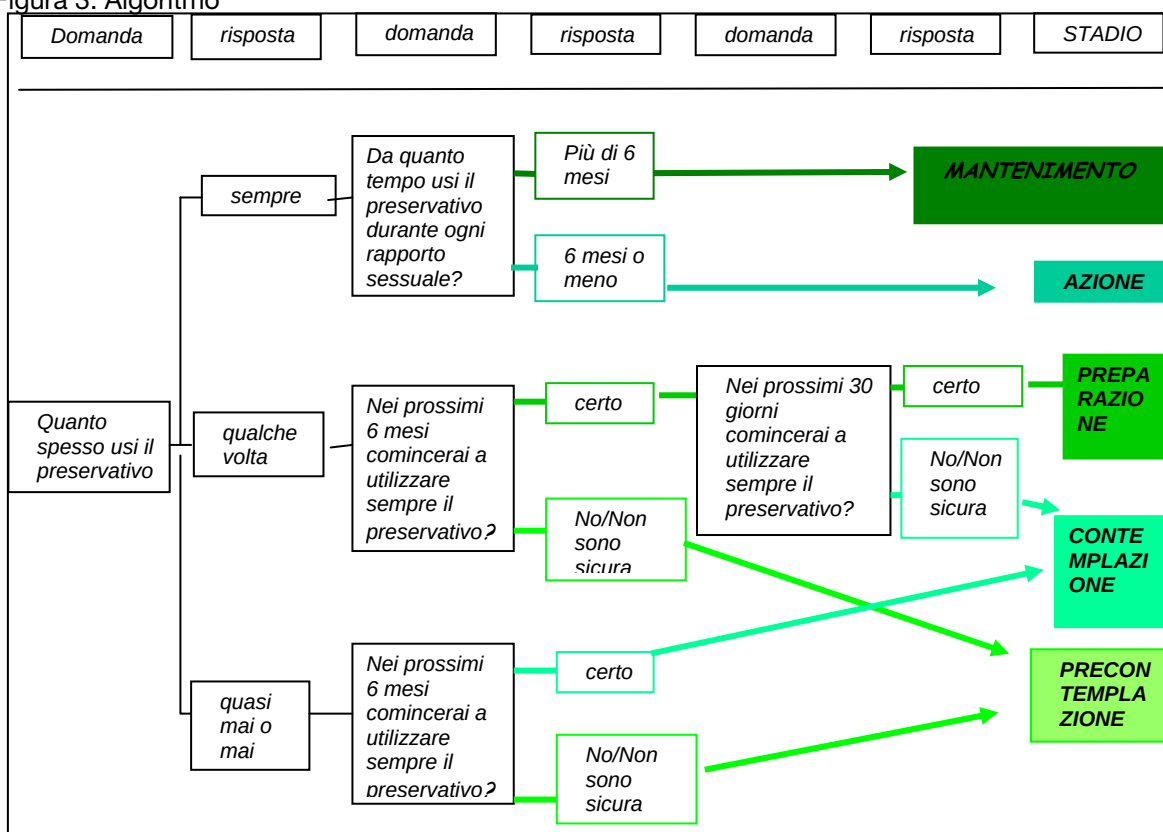
Nell'intervento presso i servizi invece è stato utilizzato un disegno longitudinale di coorte per confrontare i casi e i controlli nel tempo, con cadenza 6-12 e 18 mesi.

Le donne venivano assegnate in modo randomizzato al progetto di counseling o ad un altro intervento di base che fungesse da controllo. Gli Incontri di counseling prevedevano una fase di creazione della fiducia (1 mese) e poi incontri di focalizzazione sulla modifica di un comportamento anche attraverso l'uso di manuali specifici (5 mesi). Nella valutazione a 6 mesi le donne coinvolte nel progetto erano progredite di uno o più stadi più del doppio rispetto a quelle nel controllo.

Ogni intervento prevedeva l'utilizzo di un algoritmo di valutazione (Fig 3) dello stadio del cambiamento per:

- tarare i materiali distribuiti a livello comunitario e rendere più efficaci le occasioni di discussione e contatto a supporto della distribuzione del materiale;
- costruire interventi di counselling personalizzato relativo allo stadio di cambiamento per donne che frequentano servizi specifici (ambulatori, consultori,...) avendo a disposizione un manuale che propone esercizi e attività, appropriati allo stadio del cambiamento evidenziato.

Figura 3. Algoritmo



L'intervento, valutato attraverso un disegno dello studio rigoroso e di tipo sperimentale, ha portato a evidenziare risultati soddisfacenti per i quali si possono sottolineare alcuni punti di forza rispetto a:

- l'uso di un modello che rende efficaci anche contatti brevi perché personalizzati e costruiti rispettando lo stadio del cambiamento a cui si è arrivati;
- gli "operatori" stessi che portano avanti il progetto scelti tra i membri delle comunità interessate e quindi sentiti più vicini dal target di popolazione obiettivo dell'intervento;
- la formazione e la supervisione offerta in maniera puntuale e specifica.

Non esiste però indicazione né dei costi affrontati né delle reti e delle alleanze necessarie per portare avanti un progetto simile. Il dubbio è relativo quindi alla riproducibilità di un intervento di questo tipo.

IL TEST DEI RITRATTI: uno strumento per la valutazione della motivazione al cambiamento nella formazione dei funzionari addetti alla sorveglianza sul divieto di fumo dell'asl 5.

L'esperienza descritta, fa parte di un più vasto programma di promozione della salute avviato nel 2003 su iniziativa del Gruppo Multidisciplinare per l'Educazione alla Salute dell' ASL 5 piemontese, per il miglioramento della salute sul luogo di lavoro e la diffusione di iniziative sul fumo rivolte al personale dipendente.

Può essere utile delineare brevemente le caratteristiche del contesto. Il progetto, denominato "Orario...senza tabacco", ha previsto la collaborazione di servizi a vario titolo interessati al problema del fumo quali il Dipartimento "Patologia delle dipendenze" e il Servizio del Personale, costituendo la prima esperienza di questo tipo effettuata con personale di ruolo dell'azienda sanitaria.

Il programma si è connotato come ricerca-intervento volta ad esplorare le caratteristiche del consumo di tabacco tra il personale dipendente dell'ASL 5 e mirante ad avviare interventi di contrasto a tale comportamento.

Per la ricerca è stato costruito un questionario di 27 domande, distribuito ai 2490 dipendenti dell' ASL 5; le informazioni raccolte riguardavano l'area anagrafico - descrittiva, il rapporto con il fumo, la motivazione a smettere di fumare, l'informazione sulla normativa in materia antitabacco. E' stato anche previsto un campo specifico per il contatto con gli organizzatori, utilizzabile da chi fosse interessato a cessare l'uso del tabacco.

La ricerca ha coinvolto 978 persone: di queste il 22% ha dichiarato di essere fumatore. La maggioranza dei responder riteneva utile l'intervento in azienda contro il fumo di tabacco e concordava sulla scarsa visibilità della cartellonistica anti fumo affissa in azienda, a conferma della necessità di avviare iniziative diversificate dirette a tutelare la salute sul luogo di lavoro in questa dimensione.

Contemporaneamente la direzione del Personale dava diffusione alla Circolare del Ministero della Sanità 28 marzo 2001, n. 4 Interpretazione ed applicazione delle leggi vigenti in materia di divieto di fumo ed avviava le procedure legislative nominando i Funzionari incaricati di sorvegliare sul divieto di fumo negli ambienti aziendali.

In piena sinergia, i diversi servizi interessati hanno disegnato un percorso di formazione rivolto ai suddetti Funzionari, finalizzato alla costruzione del nuovo ruolo e alla valorizzazione delle potenzialità come agenti di cambiamento di stili di comportamento dannosi per la salute.

Il corso, della durata di due giorni, si è articolato in diverse sessioni inerenti la normativa nazionale e aziendale, aspetti epidemiologici e rilevanze sanitarie, strategie di comunicazione, aspetti comportamentali e motivazionali; particolarmente rilevante per la costruzione del ruolo è stata la sessione dedicata al confronto sul regolamento aziendale antifumo.

Dal momento che il percorso aveva un taglio formativo oltre che informativo, sono stati privilegiati metodi di conduzione attivi, in cui si alternavano sistemi audiovisivi e di esperienza diretta (con giochi, role playing, simulazioni, nominal group).

Nell'organizzare il corso ci si è ispirati allo stile del Colloquio Motivazionale, consapevoli del possibile impatto in termini di cambiamento del comportamento connesso alla esperienza di formazione; così è stato lasciato molto spazio alle esperienze personali e alla valutazione dei concetti da parte dei corsisti.

Alla fine i funzionari sapevano comprendere le patologie correlate al fumo di tabacco e la rilevanza del rischio, gli aspetti psicologici e le principali tecniche di comunicazione per relazionarsi con i fumatori ed erano in grado di fornire informazioni sui servizi antitabacco.

Di fronte alla necessità di valutare l'efficacia dell'intervento di formazione è stata recuperata una esperienza fatta dalla scrivente nel 1999 durante un corso sul Colloquio Motivazionale condotto da formatori del Centre for Motivation and Change, sede italiana dell'Associazione Italiana Formatori al Colloquio Motivazionale ¹⁴, ed è stato utilizzato il Test dei Ritratti. Sono stati quindi pensati dei Ritratti per descrivere la posizione dei funzionari nei riguardi delle attività di vigilanza che si apprestavano a svolgere.

L'applicazione del modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente (1984; 1986) e dell'approccio motivazionale (Miller e Rollnick, 1994; 1996) è risultata adeguata alla situazione da valutare in quanto capace di rispecchiare le differenti posizioni in cui possono trovarsi le persone di

¹⁴ Giampaolo Guelfi, *Psichiatra*; Maurizio Scaglia, *Psicologo-psicoterapeuta*, Valter Spiller, *Psicologo-psicoterapeuta*

fronte a situazioni che le riguardano; il cambiamento, infatti, non è un fenomeno del tipo “tutto o niente” ma un processo graduale che attraversa specifici stadi, con un percorso ciclico e progressivo. Questo modello è applicabile ai comportamenti umani in generale, non solo ai comportamenti patologici o di dipendenza. L'applicazione del Test dei Ritratti al corso dei funzionari addetti alla sorveglianza aveva quindi il pregio di essere semplice e facilmente applicabile all'analisi del profilo motivazionale dei corsisti all'inizio e alla fine del corso. In particolare forniva una fotografia dei destinatari dell'intervento in un determinato momento (Tempo 0) e consentiva il monitoraggio del cambiamento nel tempo (ad esempio alla fine del corso).

Gli scopi del test dei Ritratti possono essere così sintetizzati:

- valutare la posizione dei funzionari rispetto al loro ruolo;
- sollecitare il processo di autovalutazione nei funzionari;
- tarare l'intervento formativo;
- valutare l'efficacia dell'intervento formativo.

Contesto teorico di riferimento

Per la descrizione dello strumento è utile definirne la cornice facendo riferimento agli scritti degli autori (reperibili sul sito web¹⁵). Lo sviluppo dell'attività clinica legata alla applicazione dell'approccio motivazionale (Miller e Rollnick 1994, Rollnick 1994) ha fatto sentire ai formatori di Centre for Motivation and Change Italia la necessità di avere a disposizione uno strumento per la valutazione della motivazione. Dopo aver sviluppato una versione italiana dell'RTCQ (Readiness To Change Questionnaire ¹⁶) nuove esigenze hanno spinto il gruppo italiano alla creazione di un test, di veloce applicazione, in grado di fornire una attendibile valutazione numerica di alcuni aspetti essenziali, legati alla disponibilità al cambiamento. Oltre alla collocazione negli stadi del cambiamento (Prochaska e DiClemente 1986, DiClemente 1994), già ottenibile con l'RTCQ, è sembrato loro molto utile poter disporre di una valutazione della Self-efficacy e della Frattura Interiore, due importanti variabili nel processo di motivazione al cambiamento (Miller e Rollnick 1994).

Prendendo spunto da precedenti lavori sull'argomento (Rollnick et al. 1992) è stato ideato il test denominato i Ritratti. Il test è costituito da brevi descrizioni delle caratteristiche salienti di sei ipotetiche persone che hanno nei confronti dell'eroina atteggiamenti riferibili agli aspetti motivazionali considerati: Precontemplazione (P), Contemplazione (C), Determinazione (D), Azione (A), Self-efficacy (S) e Frattura interiore (F).

L'idea che ha guidato gli autori in questo lavoro è che fosse possibile creare un strumento in grado di fornire una valutazione della motivazione comparabile con quella derivata dall'esperienza clinica del colloquio con il paziente. Seguono le sei descrizioni di cui si compone il test.

Il test è stato dapprima sottoposto ad un controllo preliminare, per valutarne la congruenza: i Ritratti sono stati presentati ad un gruppo di collaboratori che erano a conoscenza dei presupposti dell'approccio motivazionale chiedendo loro di associare le varie descrizioni ai sei aspetti teorici considerati. I colleghi hanno identificato i ritratti quasi senza errori. E' risultato chiaro come le descrizioni potessero essere inequivocabilmente riferite a ciascun "tratto" del modello proposto. Ecco di seguito i sei ritratti (con nomi fittizi e l'indicazione della variabile cui si riferiscono).

Paolo o Paola (P.) - Precontemplazione. P. usa eroina e non pensa che questo sia un problema. A P. piace farsi e non ha intenzione di smettere. Ogni tanto qualcuno rompe dicendo che non può andare avanti così, ma P. non ne capisce il motivo. Vuole godersi i suoi buchi, senza disturbare nessuno, vuole continuare a farsi e non riesce a immaginare la sua vita senza eroina.

Carlo o Carla (C.) - Contemplazione. C. è indeciso: da una parte sa che niente è paragonabile al buco e dall'altra sa che sarebbe meglio darci un taglio. C. ha pensato di smettere più di una volta, ma poi non ha saputo rinunciare all'eroina. Se fosse possibile, forse, continuerebbe, nonostante tutti i problemi che la droga gli/le ha già creato.

Daniele o Daniela (D.) - Determinazione. D. non ce la fa più: ci ha pensato a lungo, ha valutato i pro e i contro e adesso ha preso la decisione di smettere. D. sta cercando di trovare il modo per non farsi più. D. non si gode più i suoi buchi perché li vede come un fallimento: ha deciso di smettere, si sente pronto/a a farlo e vuole provarci per davvero.

Angelo o Angela (A.) - Azione. A. ha iniziato a non usare più eroina: sta facendo del suo meglio perché sa che la soluzione è quella. Dopo tanti tentativi A. ha messo in pratica le sue scelte e adesso sta provando concretamente a darci un taglio. A. la sua scelta l'ha fatta e ci sta provando sul serio:

¹⁵ Spiller e Scaglia. - *Il test dei Ritratti: uno strumento per la valutazione della motivazione al cambiamento.*

Pubblicazioni on-line sito: <http://www.psico-prof.net/articles.asp?id=72>

¹⁶ Scaglia ed al. 1993, Spiller ed al. 1994

sta facendo tutto il possibile per continuare a non farsi più.

Sandro o Sandra (S.) - Self-efficacy. S. è convinto/a che ce la farà; si sente di avere la forza e le capacità per smettere. S. ha in mente i passi che deve fare, sa quale è il modo per uscire dalla droga. S. ha fiducia nelle proprie possibilità, ha presente quali sono le difficoltà che lo aspettano e pensa di essere in grado di affrontarle con successo.

Franco o Franca (F.) - Frattura interiore. F. è preoccupato/a. Vorrebbe proprio fare un'altra vita, riuscire a realizzare i suoi sogni e sa che se continua così non ce la può fare. F. è tormentato/a dall'idea di essere così diverso/a da come vorrebbe. F. ha paura che la sua situazione peggiori ancora ed è turbato/a perché sente che il suo stile di vita gli/le impedisce di essere come vorrebbe.

La compilazione del test avviene valutando la propria somiglianza con ciascuno dei ritratti proposti mediante un punteggio da 0 a 10: al crescere del punteggio aumenta il grado di affinità con le caratteristiche del ritratto. In tal modo è possibile avere, in pochi minuti, una auto-valutazione degli aspetti motivazionali considerati.

Per effettuare una valutazione della validità dello strumento il protocollo della ricerca ha previsto la somministrazione del test dei Ritratti a 255 pazienti, contattati per un primo colloquio, in diverse strutture che si occupano di tossicodipendenza (Sert, comunità terapeutiche, strutture per reinserimento sociale, carcere). In tale occasione anche l'operatore di riferimento doveva effettuare una propria valutazione della motivazione del paziente basandosi su quanto emerso dal colloquio ed utilizzando una identica scheda del test dei Ritratti, ovviamente all'oscuro dei risultati della auto-valutazione del soggetto. E' stato possibile ottenere in tal modo due valutazioni contemporanee della motivazione del soggetto, una individuale e una dell'operatore di riferimento, utilizzando lo stesso strumento.

La ricerca degli autori ha previsto lo studio della comparabilità di queste due valutazioni, mediante l'analisi delle correlazioni fra i rispettivi punteggi. Le correlazioni ottenute erano molto alte ed i livelli di significatività estremamente elevati testimoniano come i Ritratti forniscano una valutazione della motivazione assolutamente comparabile con quella derivata dall'esperienza clinica con il paziente. La ricerca ha evidenziato una tendenza da parte del paziente ad una valutazione della propria motivazione più ottimistica di quella fatta dall'operatore.

Sembra quindi che il Test dei Ritratti possa essere considerato uno strumento efficace per la valutazione della motivazione, sicuramente comparabile con le impressioni derivate dal colloquio con il paziente ed utilizzabile nella pratica clinica in tutti i casi in cui si operi in una ottica motivazionale. ¹⁷

¹⁷ Valter Spiller Psicologo - Psicoterapeuta, Dipartimento per le dipendenze, U.S.L. N° 3 Genovese; Maurizio Scaglia Psicologo - Psicoterapeuta, Dipartimento per le dipendenze, U.S.L. N° 3 Genovese; Marilena Zaccardi Psichiatra, Convenzionato U.S.L. N° 3 Genovese, Carcere di Pontedecimo, Genova; Gian Paolo Guelfi Professore a contratto, Facoltà di Medicina, Università di Genova.

Applicazione del Test dei Ritratti

Prendendo spunto dalle descrizioni di cui si compone il test sono state ideate delle descrizioni tarate sulla realtà del target interessato con le caratteristiche della precontemplazione, della contemplazione, della determinazione e dell'azione. Seguono le quattro descrizioni che compongono il test.

Figura 1 – Precontemplazione

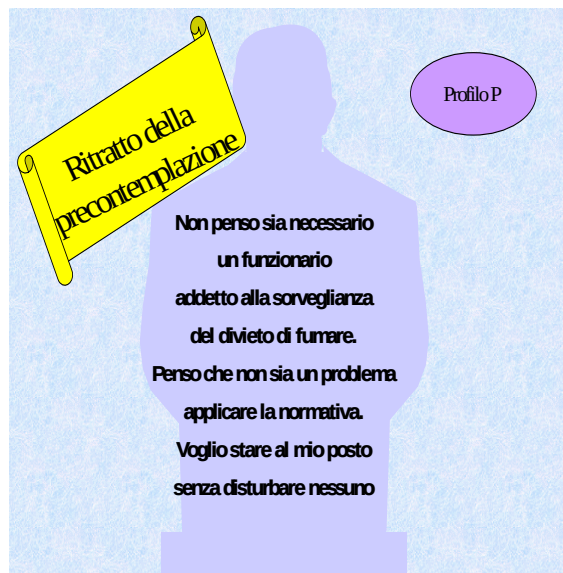


Figura 2 –Contemplazione

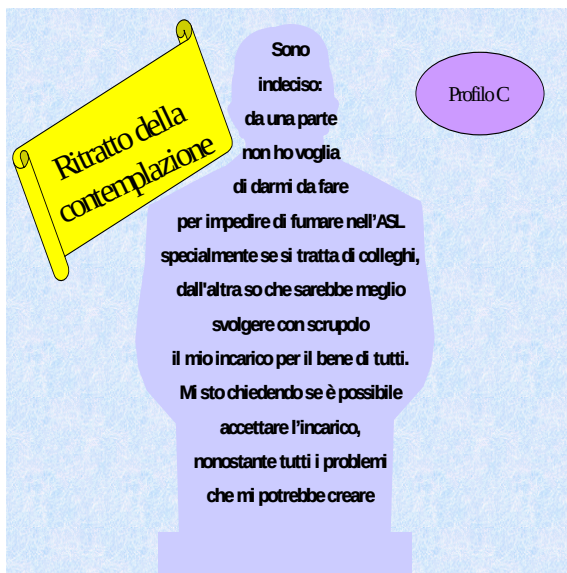


Figura 3 – Determinazione

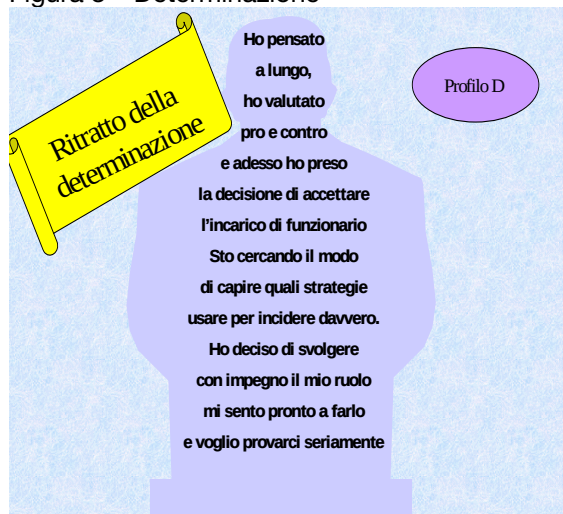
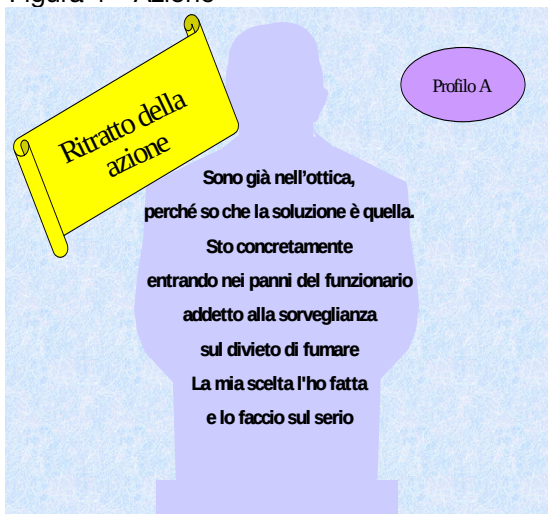


Figura 4 – Azione

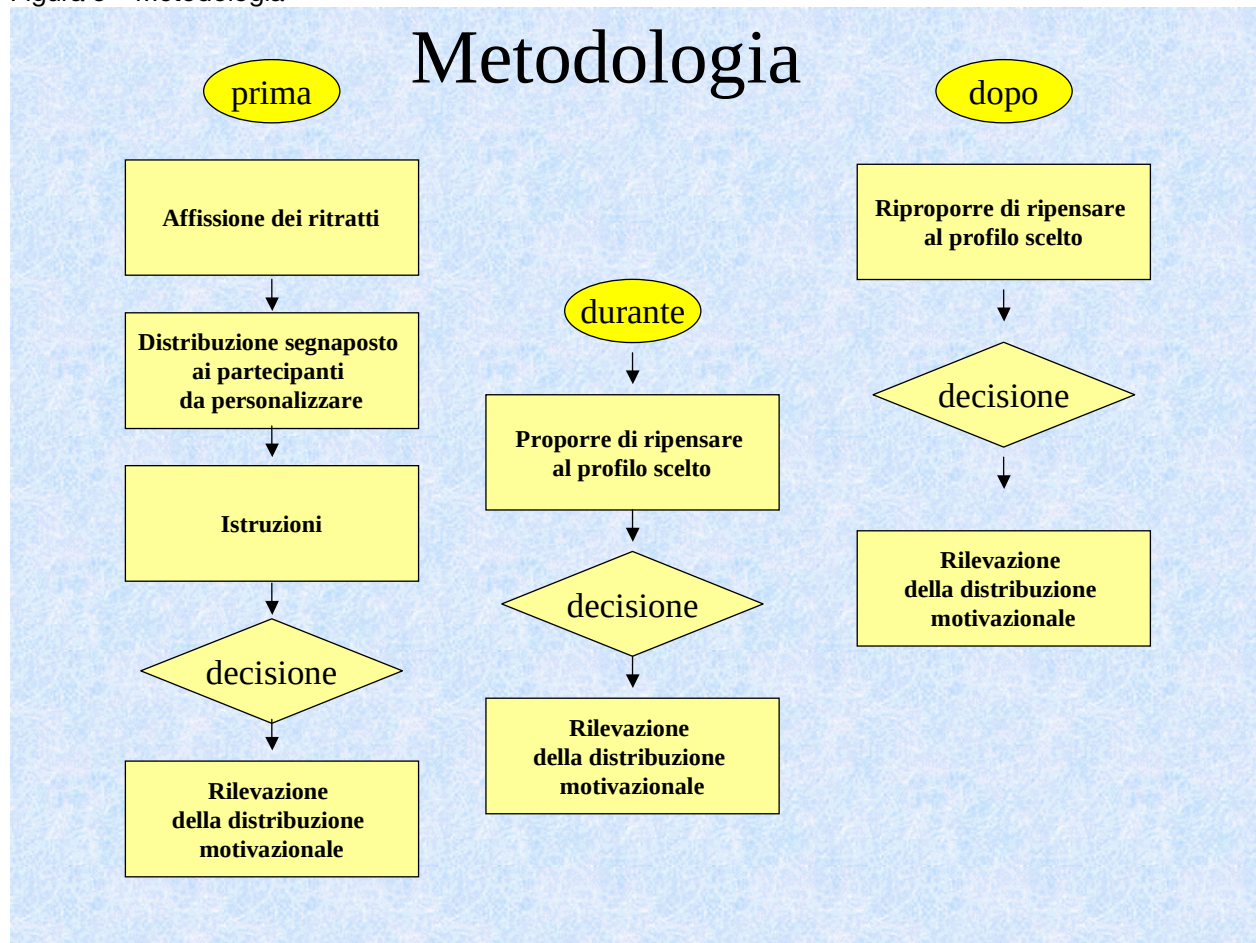


Data la natura sperimentale dell'utilizzo del Test dei Ritratti e lo spirito pionieristico con cui è stato applicato si è preferito definire solo quattro profili, tralasciando i ritratti della Self-efficacy e della Frattura Interiore.

La compilazione del test consisteva nel valutare la propria somiglianza con ciascuno dei ritratti proposti posizionando un segnaposto in corrispondenza di quello che rappresentava meglio la propria posizione. In questo modo è stato possibile ottenere rapidamente una auto-valutazione degli aspetti motivazionali considerati. Prima di iniziare il corso, i ritratti sono stati apposti su una parete dell'aula di formazione, equidistanti uno dall'altro. Ogni partecipante ha trovato sul tavolo un segnaposto su cui è stato chiesto di scrivere il proprio nome o uno pseudonimo. Dopo la descrizione iniziale della giornata sono state date le istruzioni ai partecipanti che sono stati invitati a prendere visione dei ritratti contenuti in sagome con la forma di persona e a posizionare il proprio segnaposto in corrispondenza della "affermazione" che meglio li rappresentava al momento della rilevazione. Questa operazione è durata pochi minuti ma ha rappresentato una interessante esperienza "cinestesica" che ha creato "il ritmo" del gruppo.

All'inizio della seconda giornata è stato chiesto ai partecipanti di ritornare sui ritratti, per poter fare delle considerazioni in merito ed eventualmente riconsiderare la scelta fatta alla luce degli apprendimenti avvenuti con l'avanzamento del corso e magari di un nuovo modo di vedere le cose. Hanno partecipato alla formazione 38 persone, ma solo 32 hanno portato a termine l'intero percorso formativo e compilato la versione pre-post del test dei Ritratti. Segue la descrizione del processo:

Figura 5 – Metodologia



Risultati

Il risultato del test alla fine del corso ha messo in evidenza che al termine del percorso formativo una rilevante quota di corsisti ha modificato la propria posizione rispetto al ruolo che andava ad assumere. Si è passati da pochi punti in percentuale nel profilo della determinazione all'inizio del corso al 59% al termine delle giornate; dal 72% iniziale nel profilo della contemplazione al 22% finale. Questi risultati hanno evidenziato l'aumento del coinvolgimento rispetto al nuovo ruolo e sembrano essere altresì confermati dalla partecipazione vivace di tutti i corsisti alle attività proposte nelle sessioni formative.

Figura 6 – Distribuzione dei ritratti all'inizio del corso

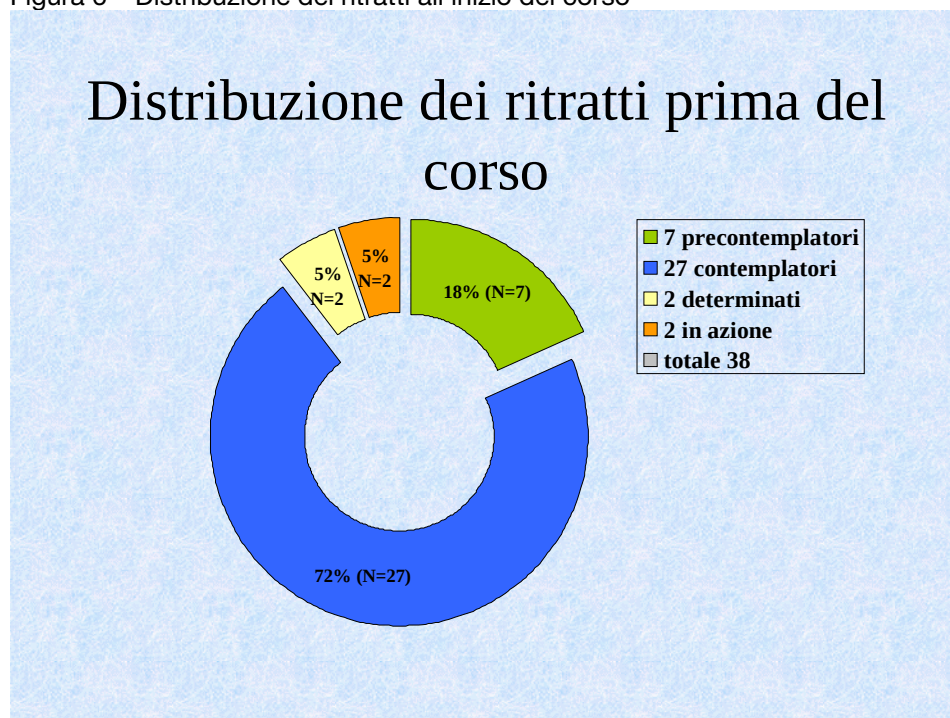


Figura 7 – Distribuzione dei ritratti dopo il corso

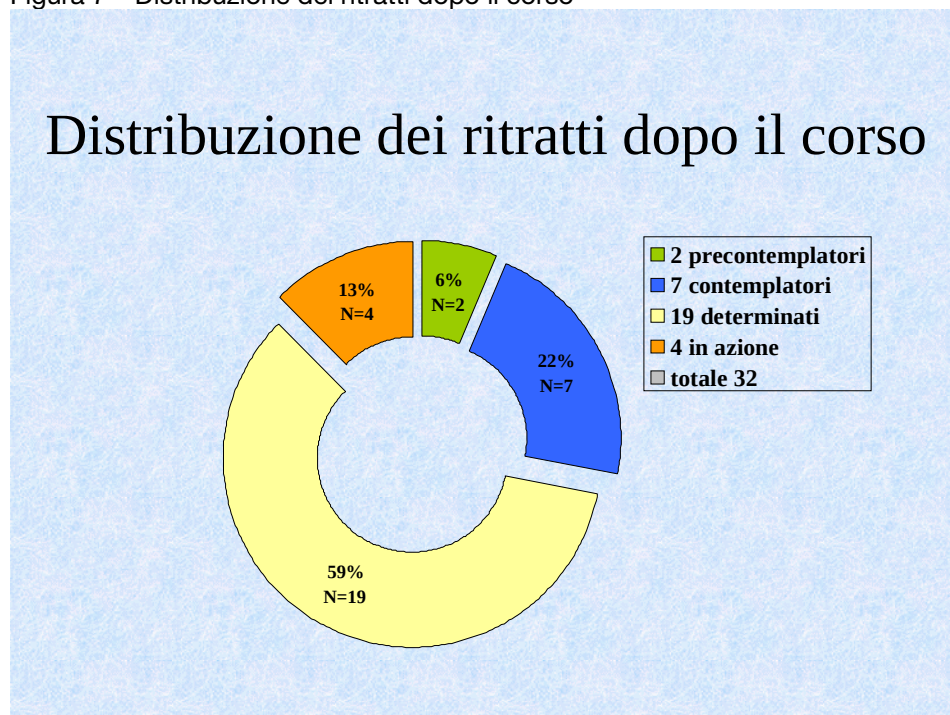
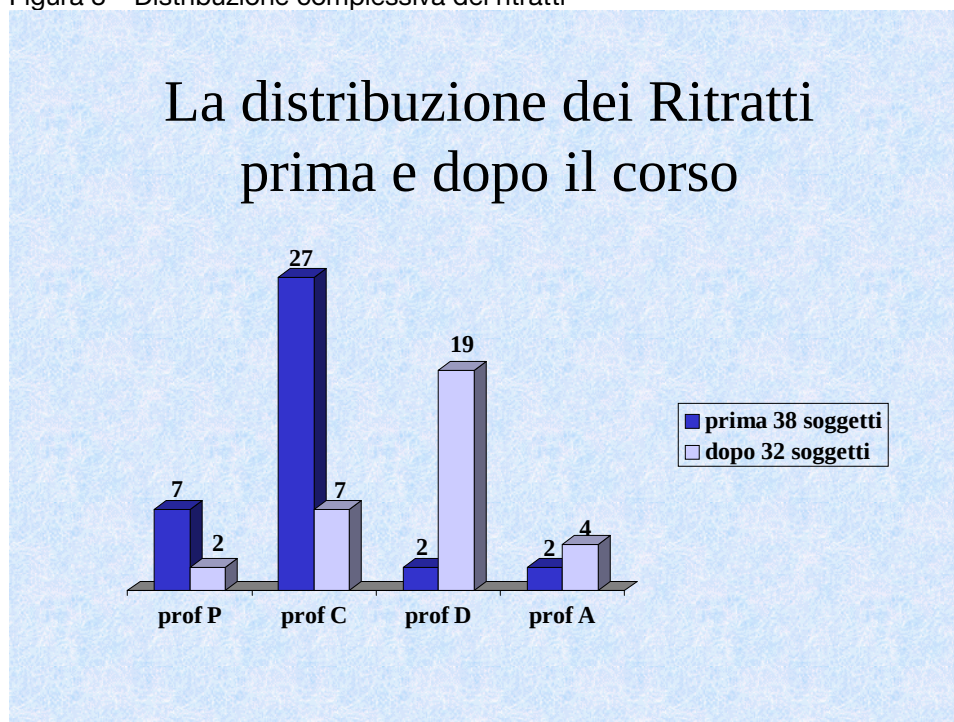


Figura 8 – Distribuzione complessiva dei ritratti



Considerazioni sull'applicazione del Test dei Ritratti

Quali considerazioni trarre da questa esperienza applicativa del Test dei Ritratti?

Sinteticamente è stato possibile:

fotografare il divenire della mappa motivazionale del gruppo dei funzionari rispetto al nuovo ruolo.

adattare lo stile della conduzione alle caratteristiche della sala.

valutare l'efficacia dell'intervento formativo in rapporto all'obiettivo iniziale.

Rispetto al primo punto, i Ritratti hanno permesso di visualizzare le tendenze motivazionali del gruppo e questo è stato di estrema utilità nell'ambito della formazione, dove risultava determinante individuare su quale sistema di rappresentazioni fosse più conveniente agire in aula. In questa fase abbiamo appreso che molti funzionari non erano d'accordo con le finalità dell'incarico, altri non conoscendone le caratteristiche esprimevano molte perplessità e altri ancora ritenevano di avere subito tale nomina e di non volere neppure assumere l'incarico. Questo quadro di partenza ha reso necessario riconoscere il diritto di questi corsisti di essere scettici e non condividere certi concetti, identificando le condizioni adatte alla creazione di un clima d'aula idoneo alla formazione.

Rispetto al secondo punto, osservare dal test dei Ritratti che la prevalenza dei soggetti era in fase di contemplazione (in condizione di incertezza), ha orientato i formatori verso tecniche per favorire la comprensione dell'ambivalenza rispetto al ruolo di funzionario e per sostenere lo spostamento verso la posizione della determinazione (rappresentata in questo caso dalla intenzione di assumere il nuovo ruolo).

I soggetti che si riconoscevano nel Ritratto della contemplazione, ossia i soggetti refrattari, in dubbio rispetto alla assunzione dell'incarico, hanno reso evidente la necessità di un intervento mirato al mantenimento del contatto, a favorire la consapevolezza attraverso informazioni adeguate ed incoraggiamento.

Per i soggetti in fase di determinazione, occorreva invece muoversi verso l'azione, coinvolgendoli se possibile in un programma di azione e calandoli in uno scenario operativo.

Infine rispetto alla valutazione della attività formativa, il fatto che una quota di corsisti abbia modificato la propria percezione sul profilo del Funzionario addetto alla sorveglianza è una conferma dell'efficacia dell'intervento nel promuovere una assunzione di ruolo.

La validazione del test dei Ritratti, effettuata da Scaglia e altri (1993), ha evidenziato alcune precauzioni utili nella sua applicazione. Il test è discorsivo ed intuitivo, e generalmente è ben accettato dai destinatari. Richiede comunque una certa disponibilità alla lettura ed una adeguata capacità simbolica per "tenere insieme" le varie informazioni che i singoli ritratti propongono. Per questi motivi gli autori avvertono che esso non si presta ad essere utilizzato con persone di bassissimo livello culturale o con deficit dell'attenzione che impediscano una buona concentrazione. Per questi soggetti gli autori ritengono che il test risulti faticoso e poco comprensibile e le risposte, di

conseguenza, poco attendibili. Nella esperienza descritta tuttavia non abbiamo avuto problemi di questo tipo.

Conclusioni

L'applicazione del test dei Ritratti effettuata nel contesto descritto presenta punti di forza e punti di debolezza.

I punti di forza:

La versatilità. Lo strumento può essere utilizzato per tracciare una mappa motivazionale di singoli e di gruppi su comportamenti umani in generale. Nella applicazione con i funzionari addetti alla sorveglianza ha favorito l'avvio della definizione del ruolo a partire da una riflessione personale e da una presa di posizione soggettiva rispetto alla questione. Serve quindi all'operatore nella scelta dell'intervento più idoneo per il contesto dell'intervento.

Il potenziale come sistema di valutazione d'efficacia. Lo spostamento dei profili verso le fasi motivazionali di Azione e Determinazione ci ha confortato nell'aspettativa che l'attività di formazione sia servita a sollecitare un investimento maggiore sul ruolo di funzionario rispetto all'atteggiamento di partenza, per molti caratterizzato da scetticismo o scoraggiamento.

I punti di debolezza:

Difficoltà a trovare definizioni che non siano fuorvianti nella costruzione dei ritratti e che rappresentino adeguatamente il contesto di riferimento (dipendenze, sessualità, alimentazione, altre tematiche).

Difficoltà di fotografare con precisione gli spostamenti motivazionali nel corso dell'attività. Occorre a questo proposito rilevare con precisione la distribuzione dei segnaposto o dei valori nel caso si stia utilizzando il regolo o una scala numerica da 0 a 10.

Bibliografia

Deodato S., Scaglia M., Spiller V., Guelfi G.P. (1995). Uno strumento per la valutazione della motivazione al cambiamento nelle tossicodipendenze: il Readiness To Change Questionnaire (R.T.C.Q.), Bollettino delle farmacodipendenze e alcolismo, XVIII (3), 1995.

Di Clemente C. C. (1994): "Gli Stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza". In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, Il Vaso di Pandora II, 4, 1994, pp. 37-51.

Miller W.R., Rollnick S. (1994): Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze. Erickson, Trento.

Rollnick S. (1994): Il Colloquio motivazionale: aumentare la disponibilità al cambiamento. In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, Il Vaso di Pandora II, 4, 1994, pp. 53-68.

Spiller V., Scaglia M., Guelfi G. P. (1994): "Esperienze italiane con il Readiness to change questionnaire (R.T.C.Q.). In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, Il Vaso di Pandora II, 4, 1994, pp. 69-92.

Spiller V. e Altri; Il Test dei Ritratti: uno strumento per la valutazione della motivazione al cambiamento, pubblicazioni on line sul sito: <http://www.psico-prof.net/articles.asp?id=72>

Rollnick S., Mason P., Butler C.; (1999): Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counselling motivazionale breve, Erickson, Trento.

JOURNAL CLUB HEALTH PROMOTION: QUATTRO CASI DALLA LETTERATURA

Sono stati letti e discussi quattro articoli scientifici nei quali è stato usato Il Modello Transteorico come cornice di riferimento. Gli articoli descrivevano l'applicazione del Modello Transteorico ai temi alimentazione, prevenzione incidenti sul luogo di lavoro, attività fisica, disassuefazione da fumo. Il confronto tra i partecipanti al seminario, avvenuto in piccolo gruppo, ha preso spunto dai seguenti quesiti:

- *Avete già utilizzato uno strumento/modello simile per differenziare la disponibilità al cambiamento?*
- *Il Modello degli stadi del cambiamento è trasferibile nel vostro intervento? Come?*
- *Applicazione individuale e/o di gruppo: opportunità e limiti.*

Di seguito una breve descrizione del contenuto di ogni articolo e le riflessioni emerse dai quattro circoli di lettura.

Stage-based interventions for low-fat diet with middle school students. Sintesi a cura di Alessandra Suglia

Frenn M., et al. Journal of Pediatric Nursing, 2003 Vol. 18, N. 1, pp. 36-45.

Lo studio vuole valutare l'efficacia di un intervento di promozione di uno stile alimentare povero di grassi e di una corretta attività fisica nei ragazzi di Scuola Media. L'esperienza è realizzata nel contesto scuola ed è costruita sulla combinazione del Health Promotion Model di N. Pender (1996) con il Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska (1992).

Nello specifico, le ipotesi da verificare attraverso lo studio sono:

le variabili demografiche, l'accesso ai cibi a basso contenuto di grasso, la Self-efficacy percepita, i benefici/barriere e gli stadi del cambiamento sono predittivi rispetto alla percentuale di grasso presente nella dieta dei ragazzi di scuola media?

l'applicazione combinata del Modello HP e del Modello Transteorico attraverso un intervento in 4 lezioni d'aula influisce positivamente e significativamente sull'adozione di una dieta povera di grassi e sulla quantità di attività fisica svolta?

L'intervento in classe è stato preceduto da una raccolta dati (pre- post-) relativi alla percentuale di grasso assunta dai destinatari, dati demografici, possibilità di accesso a cibi poveri di grasso, Self-efficacy percepita, benefici/barriere percepiti rispetto ad un'alimentazione povera di grassi e allo stadio del cambiamento in cui si trovava il soggetto al momento della valutazione. I dati sono stati raccolti con strumenti già esistenti, revisionati ad hoc (ad esempio, il Child And Adolescent Activity Log - CAAL - e il Decisional Balance Questionnaire - DBQ).

L'intervento (con disegno quasi sperimentale) ha coinvolto gli studenti di una Scuola Media cittadina (n=60) di diverse culture e a basso reddito. Questi hanno partecipato ad un intervento di classe costruito secondo i principi del modello transteorico. Un gruppo di controllo (n=57) ha invece ricevuto la tradizionale lezione in classe.

La lezione d'aula effettuata per il gruppo sperimentale durava 45 minuti e mirava ad aumentare la consapevolezza e l'auto-rivalutazione, in quanto la maggior parte degli studenti era posizionata nello stadio della precontemplazione e della contemplazione. I processi di cambiamento sono stati attuati utilizzando molteplici strategie educative adatte al target. Sono stati inoltre attivate sessioni di lavoro parallele, destinate agli studenti posizionati nella fase di determinazione, azione e mantenimento; le attività dei sottogruppi erano finalizzate a formare gli studenti al ruolo di peer model per i compagni della loro classe.

I dati al post-test evidenziano che gli studenti del gruppo sperimentale hanno ridotto in maniera significativa la scelta di alimenti ricchi di grasso e svolgono più attività fisica rispetto ai membri del gruppo di controllo.

Sono state inoltre confermate le indicazioni del Modello Transteorico rispetto alla previsione di dieta ricca di grassi associata a certi costrutti/antecedenti: il livello di autostima è inversamente correlato al consumo di cibi ricchi di grasso; l'accesso ai cibi poveri di grasso è inversamente proporzionale al consumo di cibi ricchi di grasso, così come la percezione di barriere è correlata positivamente a una dieta ricca di grassi. Coerentemente col Modello Transteorico, la percentuale di grasso nella dieta alimentare diminuisce significativamente passando da uno stadio di cambiamento all'altro (precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione). L'accesso a cibi poveri di grasso e i benefici percepiti aumentano in modo significativo passando da uno stadio all'altro.

Scheda di sintesi del lavoro di gruppo sull'articolo.

Che cosa ci convince?	l'applicazione di processi di cambiamento calibrati rispetto agli stadi del cambiamento occupati; l'utilizzo di metodi educativi adatti all'età dei destinatari per attuare i processi di cambiamento opportuni e raggiungere obiettivi diversi rispetto agli stadi del cambiamento riscontrati nel gruppo classe.
Che cosa non ci convince?	L'intervento è stato realizzato da personale infermieristico pediatrico, non sono esplicitate modalità di coinvolgimento attivo degli insegnanti o delle famiglie nel riprodurre/mantenere i risultati raggiunti nel gruppo sperimentale

Che cosa ne potremmo fare? Avete già utilizzato uno strumento simile per differenziare la disponibilità al cambiamento? Il Modello degli stadi del cambiamento è trasferibile nel vostro intervento? Come? Applicazione individuale e/o di gruppo: opportunità e limiti	I partecipanti al gruppo hanno ipotizzato di applicare il Modello degli stadi del cambiamento in interventi di formazione dei formatori, in cui non si valuta quasi mai la posizione dei destinatari finali (es. studenti). L'attenzione è quindi sugli insegnanti. L'arruolamento di questi, ad esempio, potrebbe essere facilitata dall'uso del Modello Transteorico: i docenti posizionati su stadi superiori alla precontemplazione potrebbero aderire alle iniziative con maggiore motivazione o volontariamente. Sono state individuate alcune problematiche gestionali/organizzative: la difficoltà di diversificare gli interventi su piccoli gruppi, l'esperienza di indagine dello studio non è seguita da una gestione differenziata dell'intervento, la necessità di utilizzare strumenti esperienziali, difficoltà di implementare studi sperimentali e gestire gruppi di controllo (problemi organizzativi, etici). Si considera il Modello degli stadi del cambiamento utilizzabile in tutti gli interventi.
--	--

The transtheoretical model of change in adolescents: Implication for injury prevention. Sintesi a cura di Simonetta Lingua e Gabriella Bosco

Kidd P, Reed D, Weaver L, Westneat S, Rayens MK., Journal of Safety Research, 2003 34, (2003) , 281-288.

L'articolo descrive l'utilizzo del Modello Transteorico di Prochaska e DiClemente come modalità di valutazione dell'efficacia di un intervento che ha l'obiettivo di portare gli individui dalla non azione ad azioni sicure. Si tratta di un progetto quasi sperimentale che coinvolge gli studenti degli istituti agrari del Kentucky, Iowa e Mississippi attraverso un programma educativo - Ag DARE - che prevede simulazioni narrative e role playing rispetto a quattro rischi di disabilità: amputazioni, lesioni alla spina dorsale, sordità da rumore e ipersensibilità alla polmonite¹⁸

La valutazione è stata fatta utilizzando una scala Likert con 10 item rispetto agli stadi di contemplazione e azione sul totale degli studenti coinvolti (casi e controlli) in una osservazione pre e post intervento. I risultati confermano, dopo l'intervento, un significativo spostamento negli studenti sia rispetto alla contemplazione che rispetto all'azione. Inoltre un gruppo ristretto di studenti è stato selezionato per ricevere una visita nella propria fattoria un anno dopo l'intervento e nella maggior parte di essi, al follow up, si evidenzia un notevole cambiamento nella pratica lavorativa.

Attualmente gli specialisti dicono però che un approccio di tipo legislativo e di intervento a livello ambientale, che permetta l'installazione di dispositivi di sicurezza passiva, sia maggiormente efficace rispetto ai programmi educativi che tendono a modificare i comportamenti non sicuri degli individui¹⁹.

Scheda di sintesi del lavoro di gruppo sull'articolo.

Che cosa ci convince?	l'uso di un disegno quasi sperimentale che permetta di capire se i cambiamenti possono essere considerati "fisiologici" o possano essere imputati al tipo di intervento messo in atto. La misurazione pre - post con uno strumento che renda conto dello stadio del cambiamento raggiunto.
Che cosa non ci convince?	un po' riduttivo l'utilizzo del modello che serve qui come strumento di valutazione, mentre potrebbe permettere la stratificazione della disponibilità al cambiamento e quindi essere utile anche per diversificare e rendere più efficace l'intervento educativo. l'articolo dovrebbe riportare in maniera più chiara anche il tipo di intervento utilizzato, senza necessariamente costringere il lettore a documentarsi ulteriormente attraverso la ricerca di altri articoli correlati.
Che cosa ne potremmo fare? Avete già utilizzato uno strumento simile per differenziare la disponibilità al cambiamento? Il Modello degli stadi del cambiamento è trasferibile nel vostro intervento? Come? Applicazione individuale e/o di gruppo: opportunità e limiti	Non sono mai stati utilizzati strumenti simili nella progettazione degli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, ma il modello degli stadi del cambiamento, è stato previsto come strumento di valutazione pre - post rispetto ai bisogni formativi. Rispetto all'applicazione nell'articolo (che prevedeva uno spostamento dalla contemplazione all'azione) sembra opportuna una maggiore attenzione sul passaggio dalla precontemplazione alla contemplazione, con una enfasi specifica al sistema di valori e di conoscenza dei diritti degli adolescenti rispetto alla sicurezza nei luoghi di lavoro. Sembra possibile una applicazione anche nei gruppi con l'accortezza di integrare il modello con le teorie di dinamica di gruppo.

¹⁸ Reed DB, Kidd PS, Westneat S, Rayens MK (2001) Agricultural Disability Awareness and Risk Education (AgDARE) for high school students. Injury Prevention, 7;suppl I; 59-63.

¹⁹ De Roo LA, Rautanen RH (2000). A Sistematic Review of Farm Safety Intervention. American Journal of Preventive Medicine;18 4S.

Physical activity intervention: a Transtheoretical Model-based intervention designed to help sedentary young adults become active. Sintesi a cura di Claudio Tortone e Mario Carzana

Woods C, Mutrie N, Scott M. Health Education Research Theory & Practice, 2002 17, 4, 451-460.

L'articolo presenta i risultati di una ricerca sperimentale che voleva valutare l'efficacia di un intervento per promuovere l'attività fisica e spiegare il suo impatto sui processi previsti dai costrutti di cambiamento del Modello Transteorico.

Il disegno di studio utilizzato è uno studio caso-controllo randomizzato con pre-/post-test. L'intervento prevedeva un invio postale di due kit educativi, in tempi successivi, che erano stati costruiti sul Modello Transteorico per incoraggiare, sostenere e motivare gli studenti universitari del primo anno (19 anni) a fare più attività fisica.

Non erano previsti programmi specifici di attività fisica a cui aderire: gli studenti erano incoraggiati ad utilizzare le proposte e le opportunità offerte dal Servizio per lo Sport e il Tempo Libero dell'Università. I ricercatori non hanno avuto alcun contatto educativo con i destinatari, eccetto nel momento della somministrazione del questionario pre/post (dopo 7 mesi). Il 49% dei soggetti ha compilato il questionario di follow-up: l'unica differenza che è stata rilevata tra compilatori e non compilatori è che le femmine avevano risposto di più dei maschi in maniera statisticamente significativa. Alla fine dell'intervento, il gruppo dei casi (80%) ha migliorato il proprio stadio di cambiamento rispetto all'attività fisica in maniera statisticamente significativa rispetto al gruppo di controllo (68%) ($P < 0.05$).

Metodi di analisi per discriminare tra stadi di miglioramento/non miglioramento hanno dimostrato che era possibile usare i dati relativi ai processi di cambiamento. I processi di auto-rivalutazione e auto-liberazione erano molto più usati da chi aveva fatto dei miglioramenti negli stadi, mentre la liberazione sociale era usata in maniera più significativa dal gruppo dei casi che da quello dei controlli.

In sintesi l'intervento è risultato economico, basato sull'auto-educazione, impostato sul modello transteorico e su un messaggio di una vita attiva. L'intervento si è dimostrato un metodo efficace per accompagnare i giovani adulti sedentari attraverso gli stadi del cambiamento per diventare più fisicamente attivi. Lo studio sottolinea l'importanza di adottare ed adattare strategie educative di cambiamento appropriate allo stadio di cambiamento dei destinatari per accompagnarli nell'avvio di attività fisica regolare.

Scheda di sintesi del lavoro di gruppo sull'articolo.

Che cosa ci convince?	la possibilità di individuare, nell'ambito dei destinatari potenziali, sottogruppi (pre-contemplatori e contemplatori) su cui costruire un intervento ad hoc... insomma avere la possibilità di intercettare i resistenti e gli adottatori tardivi e di lavorare con loro.
Che cosa ne potremmo fare? Avete già utilizzato uno strumento simile per differenziare la disponibilità al cambiamento? Il Modello degli stadi del cambiamento è trasferibile nel vostro intervento? Come? Applicazione individuale e/o di gruppo: opportunità e limiti	Il modello degli Stadi del Cambiamento: è utile come strumento di assessment (analisi dei bisogni): permette di tarare l'intervento individualmente e per sotto-gruppi di destinatari in base al loro stadio di cambiamento. è utile come strumento di valutazione di processo/impatto dell'intervento stesso: sto andando nella direzione giusta? è utile come strumento di azione educativa: i dieci processi previsti per attivare il cambiamento sono interessanti, anche se abbiamo bisogno di tempo per rifletterci e per sperimentarli. è utile come strumento di studio di comportamenti non desiderati (es.: alimentazione scorretta): ci può aiutare a capire "come" prevenirli. risulta interessante usarlo anche su stakeholder che ruotano intorno ai destinatari (es. bambini): genitori ed insegnanti nel loro ruolo di promotori di comportamenti più salutari (è stata apprezzata l'esperienza sul ruolo dei "vigili del fumo" descritta da Silvia Mismetti). mette al centro la persona: la aiutiamo a decidere come soggetto che sceglie (locus of control!) e non diamo solo prescrizioni in quanto operatori sanitari. lavora sulla disponibilità al cambiamento di comportamenti individuali correlati alla salute, che deve essere comunque integrata con la modifica strutturale e sociale degli ambienti di vita e di lavoro (azioni sui determinati abilitanti e rinforzanti che possono rendere l'ambiente più favorevole alla salute).

Togliersi il fumo dagli occhi. Una ricerca con il Mac/T sulla motivazione a smettere di fumare tra i giovani. Sintesi a cura di Alessandro Coppo e Paolo D'Elia

Bimbo A., Marsili R., Mascellani M. "ITACA", 2002, n. 19/20, p. 50.

La ricerca è stata svolta dal Ser.T di Ferrara, presso una scuola media superiore con Sedi a Ferrara e Copparo. Il progetto si basa sulla convinzione che, anche nella fascia giovanile di età fra i 14 e i 19 anni, la decisione di smettere di fumare, come ogni cambiamento, richieda una presa di coscienza progressiva dei vantaggi e degli svantaggi dati dall'uso della sostanza.

La ricerca si basa sull'utilizzo del questionario Mac/t, che fornisce un processo di valutazione che permette sia la collocazione della persona nel continuum degli stadi del cambiamento, sia un'analisi delle capacità dinamiche dei soggetti, vale a dire la possibilità di muoversi da uno stadio all'altro. Il progetto si propone di misurare il profilo motivazionale degli studenti per individuare coloro che desiderano smettere di fumare, per predisporre specifici programmi di supporto e per sostenere la scelta personale degli studenti non fumatori.

Scheda di sintesi del lavoro di gruppo sull'articolo

Che cosa ci convince?	L'obiettivo di valutare l'uso di tabacco tra gli adolescenti e di intervenire per agevolare il percorso di disassuefazione è un filone nuovo, ma che apre interessanti scenari nelle azioni di prevenzione nella scuola. E' importante diversificare il target dell'intervento. I giovani si avvicinano al fumo con tempi, modalità e motivazioni differenti. Interventi che hanno successo con un particolare gruppo di ragazzi risultano essere controproducenti per altri. Il progetto mira ad assecondare la volontà dei ragazzi di trattare il tema del fumo in maniera libera e autonoma, ma offre anche un aiuto concreto a chi è interessato a smettere.
Che cosa non ci convince?	L'esperienza si limita a rilevare le caratteristiche dei giovani fumatori e a proporre degli interventi specifici. Non è stata effettuata una valutazione a lungo termine per poter confrontare il programma con altri già realizzati e per poter misurare le ricadute sui ragazzi.
Che cosa ne potremmo fare? Avete già utilizzato uno strumento simile per differenziare la disponibilità al cambiamento? Il Modello degli stadi del cambiamento è trasferibile nel vostro intervento? Come? Applicazione individuale e/o di gruppo: opportunità e limiti	<i>Proposte</i> • ampliare i progetti di prevenzione del fumo nelle scuole occupandosi anche dei ragazzi che hanno già iniziato a fumare offrendo strumenti per poter valutare le proprie scelte ed eventualmente smettere; • utilizzare questionari specifici per selezionare il target dell'intervento e proporre programmi diversificati. Conoscere la proporzione di fumatori nei vari stadi di cambiamento può essere infatti utile per programmare interventi mirati in relazione agli stadi. <i>Aspetti positivi dell'articolo:</i> • l'esperienza presentata risponde concretamente all'obiettivo di occuparsi degli adolescenti che vorrebbero smettere di fumare; • il MAC/T favorisce l'autodefinizione da parte degli adolescenti, che possono in tal modo riconoscersi in un "profilo" predefinito; • l'applicazione su vasta scala (in tutte le classi della scuola) del MAC/T permette una sorta di mappatura del problema, utile alla progettazione di interventi successivi. Ciò può essere efficace in particolare in contesti in cui il fumo sia già stato individuato come un problema di salute particolarmente rilevante (gruppi a rischio). <i>Aspetti critici dell'articolo</i> • la creazione di tre "gruppi omogenei" di fumatori e non fumatori (denominati in "luna di miele", "preoccupati" e "liberi dal fumo") sulla base dei risultati del MAC/T e della presenza o meno del comportamento in considerazione, derivando dallo smembramento delle classi originarie, potrebbe portare a difficoltà di gestione delle dinamiche dei nuovi gruppi; • la proposta di lavoro pare rientrare in un paradigma di "riduzione dei fattori di rischio" piuttosto che di "promozione dei fattori di protezione". In questo senso la costituzione dei "gruppi omogenei" sembra essere in contrasto, ad esempio, con il lavoro di promozione delle life skill, che prevede invece, secondo i partecipanti, il confronto fra ragazzi che presentano diversi livelli di coinvolgimento nel problema in considerazione;

	• il tempo dedicato all'intervento vero e proprio (un'ora e mezzo per ciascun gruppo omogeneo), basato su tecniche motivazionali, appare troppo poco, soprattutto in rapporto al tempo dedicato alla somministrazione dei questionari e all'analisi dei dati; • nell'esperienza riportata sembra mancare una analisi più generale del contesto in cui l'intervento si inserisce, inteso sia come scuola in quanto ambiente educativo, sia come territorio in cui la scuola opera. Ci si sarebbe potuti porre domande del tipo: quali altre attività di prevenzione sono condotte a scuola? Che ricaduta hanno? Gli insegnanti fumano? Come è rispettato il divieto di fumo a scuola? Qual'è il ruolo dei genitori in questo problema? Come si caratterizza il territorio in cui è inserita la scuola?
--	--

CONCLUSIONI PER LA TRASFERIBILITA' NEI PROGETTI PIEMONTESI *a cura di Paola Ragazzoni*

Nei diversi gruppi di lettura è emerso interesse e disponibilità verso l'uso del Modello Transteorico nei progetti di promozione della salute, anche se le esperienze concrete di utilizzo tra gli operatori stessi sono scarse e sommarie.

L'interesse nei confronti del modello si evidenzia anche dal fatto che molti dei progetti di Promozione della Salute, presentati dalle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte all'interno del Programma di azione regionale 2004-2005 (DD 500 20.12.04 -BURP 51-23.12.04, <http://www.dors.it/el2.php?codtipo=040400>), fanno riferimento - pur se solo teorico - al modello degli Stadi del Cambiamento, senza però arrivare a prevedere una sperimentazione operativa all'interno dell'intervento stesso.

Si evidenzia, inoltre, una preferenza per una possibile applicazione di tipo individuale.

La discussione ha permesso inoltre una riflessione più complessiva su punti di forza e criticità del modello stesso, che sono stati evidenziati in maniera trasversale ed indipendente nei 4 diversi circoli di lettura.

Punti di forza:

- Analisi dei bisogni: applicabilità nell'analisi di comportamenti non desiderati (es.: alimentazione scorretta);
- ci può aiutare a capire “come” prevenirli, perché i meccanismi motivazionali alla base del cambiamento e della prevenzione di un comportamento sono gli stessi;
- l'applicazione su vasta scala permette una sorta di “mappatura” del problema, utile alla progettazione di interventi successivi. Ciò può essere efficace in particolare in contesti in cui il problema in oggetto sia già stato individuato come un problema di salute particolarmente rilevante (gruppi a rischio).

Applicabilità nella pianificazione metodologica dell'intervento:

- permette di tarare l'intervento individualmente e per sottogruppi di destinatari in base al loro stadio di cambiamento ;
- può essere adattato all'età dei destinatari (adulti adolescenti, lascia qualche perplessità nella applicazione in età evolutiva);
- permette una auto valutazione che facilita la presa di coscienza e la consapevolezza;
- risulta interessante usarlo anche sui destinatari intermedi (es. genitori e insegnanti) che ruotano intorno ai destinatari finali (es. bambini): genitori ed insegnanti svolgono infatti un ruolo di promotori di comportamenti più salutari, da incentivare attraverso: interventi di formazione dei formatori, individuazione del livello di predisposizione al cambiamento degli adulti coinvolti nella realizzazione dell'intervento.

Applicabilità nella pianificazione delle azioni educative:

- i dieci processi previsti per attivare il cambiamento sono interessanti, anche se occorre del tempo per rifletterci e per sperimentarli;
- mette al centro la persona come soggetto che sceglie (locus of control) e non è basato sulle prescrizioni degli operatori sanitari;
- lavora sulla disponibilità al cambiamento individuale. Chiaramente questa disponibilità sul piano individuale deve essere comunque integrata con la modifica strutturale e sociale degli ambienti di vita e di lavoro (azioni sui determinati abilitanti e rinforzanti che possono rendere l'ambiente più favorevole alla salute).

Uso per la valutazione di processo/impatto dell'intervento stesso:

aiuta a rispondere alla domanda “sto andando nella direzione giusta?” e dà l'opportunità di riaggiustare il “tiro” durante lo svolgimento dell'intervento stesso.

Le criticità:

- la possibilità di tarare l'intervento per sottogruppi in base al loro stadio di cambiamento si scontra con la difficoltà operativa nel diversificare gli interventi nei sottogruppi stessi (es. come scegliere/applicare correttamente la strategia educativa nel sottogruppo in fase di contemplazione per promuovere il passaggio alla fase di azione?);

- gli interventi sulle classi, andando a creare ad hoc dei sottogruppi omogenei per stadio di cambiamento (e quindi smembrando il gruppo classe), come tengono conto delle dinamiche che si creano nei nuovi sottogruppi?
- l'esperienza di indagine dello studio non sempre è seguita da una gestione differenziata dell'intervento: spesso il modello viene usato in maniera molto accurata nella fase di valutazione dei soggetti e in maniera meno sofisticata nella fase di intervento vero e proprio. Questo aspetto è stato sottolineato anche nella letteratura internazionale e potrebbe essere dovuto a carenze nella descrizione degli aspetti operativi dell'intervento effettuato o a una effettiva maggior accuratezza del modello stesso nella fase di descrizione della situazione dei soggetti rispetto alla fase di applicabilità concreta. Spesso anche il tempo dedicato all'intervento vero e proprio (un'ora e mezzo per ciascun gruppo omogeneo), basato su tecniche motivazionali, appare troppo poco, soprattutto in rapporto al tempo dedicato alla somministrazione dei questionari e all'analisi dei dati;
- generalizzabilità degli interventi. Una indicazione dei costi affrontati e delle reti di alleanze necessarie (evidente particolarmente nell'articolo sulla prevenzione a livello comunitario dell'HIV) non sempre precisa crea dubbi circa la generalizzabilità degli interventi. In alcuni articoli manca anche una analisi più generale del contesto in cui l'intervento si inserisce, inteso sia come scuola in quanto ambiente educativo, sia come territorio in cui la scuola opera e la chiara esplicitazione delle modalità di coinvolgimento attivo degli insegnanti o delle famiglie nel riprodurre/mantenere i risultati;
- la difficoltà di implementare studi sperimentali e gestire gruppi di controllo (problemi organizzativi, etici) non permette di tenere in considerazione tutte le variabili in gioco.
- Quindi si sono riproposte nei nostri circoli di lettura le perplessità presenti in letteratura che ci spingono a ribadire come questo modello sia:
- ricco di spunti e di suggerimenti;
- utile da usare per la promozione della salute purché venga applicato con spirito critico, con una accurata descrizione delle tipologie di intervento utilizzate e con uno sguardo di insieme al contesto in cui l'intervento stesso è inserito;
- utilizzato in questo modo permetterà la generalizzabilità dei risultati e favorirà il dialogo tra operatori di professionalità diverse operanti per la promozione della salute.

PRECEDE-PROCEED: un modello di progettazione e valutazione

(estratto e riassunto da Green LW, Kreuter MW: *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*, 3rd ed., Mountain View, CA, Mayfield, 1999)

Il modello di pianificazione PRECEDE-PROCEED prende avvio da due assunti fondamentali: la salute è un processo multidimensionale e multipli sono i fattori di rischio; multidimensionale e multidisciplinare deve di conseguenza essere l'approccio di chi lavora per promuovere salute.

L'utilizzo del modello richiede quindi non solo la conoscenza delle basi teoriche su cui si fonda la promozione della salute ma anche la possibilità di avvantaggiarsi dell'apporto di diverse discipline. Le prime due fasi e parte della terza richiedono capacità d'uso dei metodi epidemiologici; lavorare efficacemente nelle fasi 3 e 4 richiede familiarità con le regole che governano le relazioni e i comportamenti tra gli individui, le organizzazioni e le comunità; avanzare nelle successive fasi richiede capacità di utilizzo di tecniche educative e formative ed esperienze di rapporti e collaborazione con la politica e l'amministrazione pubblica e privata.

Cominciare dalla fine ...

Buona parte delle persone che operano nel settore dell'educazione alla salute, della prevenzione e della promozione della salute implementano progetti e programmi senza la necessaria giustificazione intorno alla scelta del problema e della popolazione su cui si è scelto di intervenire. Gli interventi vengono per lo più scelti in base alla percezione dei problemi e alle preferenze tecniche degli operatori del settore.

Il fallimento registrato da questo tipo di interventi nell'ultima decade è prevalentemente da ricondursi alla mancanza di una sistematica e critica analisi delle priorità di intervento e all'operare secondo l'assunto che all'implementazione di un intervento seguirà automaticamente un output (un risultato) in termini di miglioramento della salute e della qualità della vita.

Il modello forza invece il progettista a focalizzare da subito la sua attenzione sui risultati desiderati interrogandosi sul perché ricercare quei risultati prima ancora di chiedersi come raggiungerlo. Esso prevede di procedere deduttivamente iniziando dall'analisi del risultato atteso ed avanzando verso le sue "possibili cause" prima di passare alla progettazione dell'intervento e della sua valutazione. La metodologia che facilita questa esplorazione è la Ricerca-Azione-Partecipata (RAP).

Ecco una breve sintesi delle principali caratteristiche di ognuna delle 8 fondamentali fasi che si possono individuare nel modello (fig. 1).

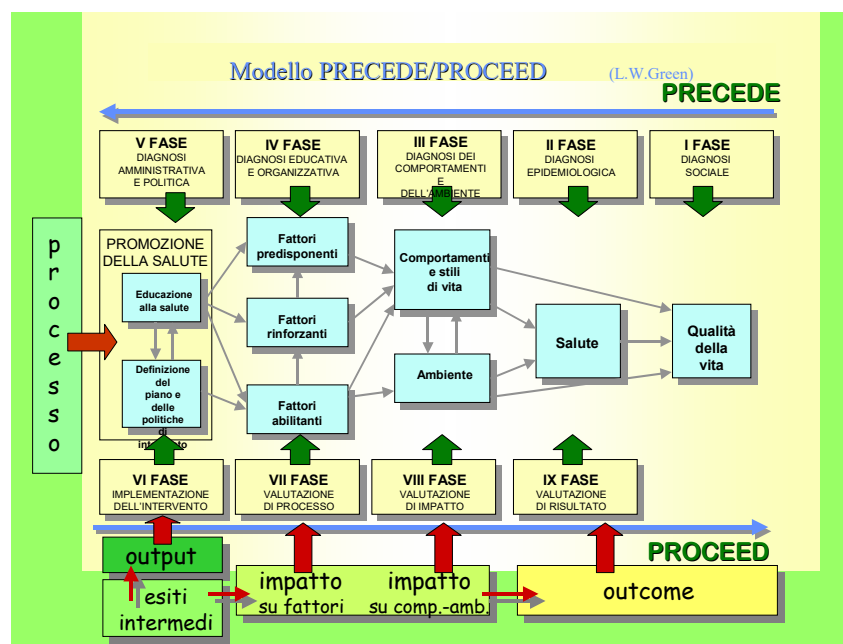


Figura 1 - Modello PRECEDE-PROCEED (mod. da Green LW e Kreuter MW, 1999)

Fase 1 - Diagnosi sociale - Idealmente ogni analisi dovrebbe avere inizio da una valutazione della qualità della vita per definire, almeno nelle linee generali, speranze e problemi della popolazione di riferimento (studenti, pazienti, impiegati, cittadini di un'area, etc.). Meglio sarebbe che queste analisi fossero ottenute con l'apporto stesso del gruppo di riferimento coinvolto in un auto-studio o almeno in una lettura critica dei risultati ottenuti. Il tipo di problemi sociali identificabili in una comunità sono un preciso ed accurato barometro della sua salute.

Fase 2 - Diagnosi epidemiologica - Questa fase si propone di identificare specifici obiettivi o problemi di salute che possono contribuire a chiarire il quadro delineato nella fase precedente. Utilizzando le fonti di dati già disponibili o informazioni ad hoc raccolte il progettista mette in ordine i principali problemi di salute. Possono così venir selezionati i problemi di salute aggredibili attraverso risorse educative, preventive e promozionali.

Molti professionisti definiscono obiettivi e sviluppano programmi in assenza di una procedura sistematica quale quella delineata in queste due fasi partendo dalla soggettiva sensazione che un particolare intervento di promozione della salute è necessario. Un direttore sanitario ordina un progetto volto alla riduzione del fumo di tabacco in ambiente ospedaliero o un direttore didattico un programma per la prevenzione dell'AIDS senza una valutazione del reale bisogno di quel progetto o dell'appropriatezza di quella scelta rispetto alle altre possibili.

Fase 3 - Diagnosi comportamentale e ambientale - Ha l'obiettivo di identificare quei comportamenti e quelle situazioni ambientali correlate alla salute che possono sostenere il problema identificato nella fase precedente. Poiché i comportamenti si sostanziano come i fattori di rischio del problema identificato e che il successivo intervento dovrà rimuovere essi andranno identificati con molta attenzione e chiarezza. Sono fattori ambientali tutti quelli esterni all'individuo, nel senso che non ricadono sotto il suo diretto controllo, e che possono modificare o sostenere comportamenti, condizioni di salute, livelli di qualità della vita. L'analisi di questi aspetti deve essere condotta con molto realismo perché essi rappresentano spesso i vincoli di cui l'intervento di promozione della salute dovrà tenere conto.

Fase 4 - Diagnosi educativa e organizzativa - I molti fattori identificati nella fase precedente vengono qui classificati in tre grandi gruppi: determinanti predisponenti, rinforzanti e abilitanti (fig. 2).

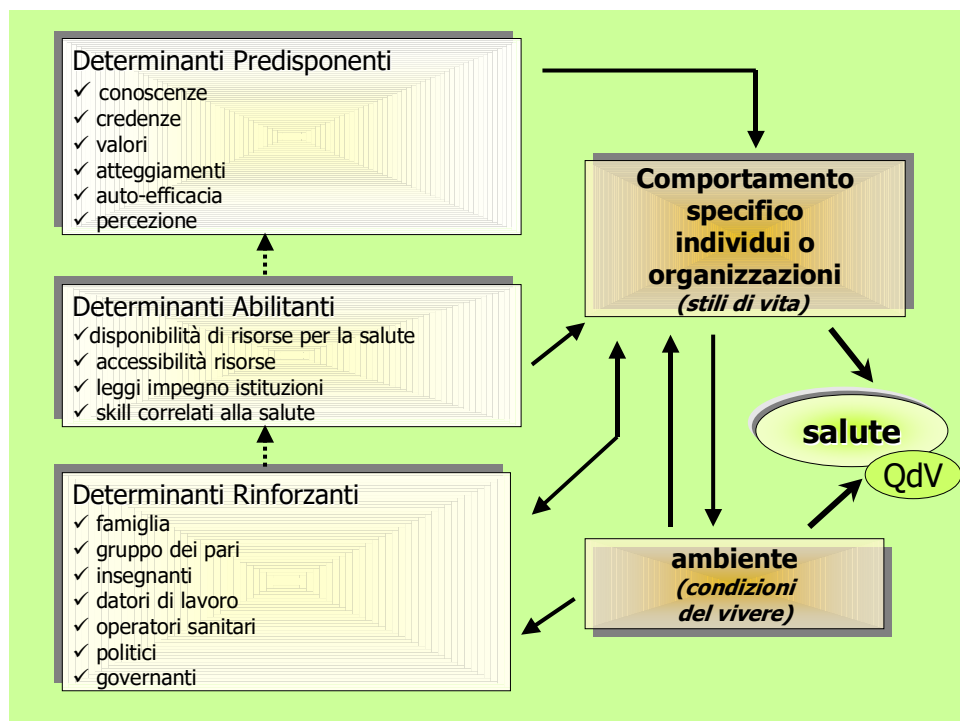


Figura 2 – Diagnosi educativa e organizzativa – fase 4 del Modello PRECEDE-PROCEED (mod. da Green LW e Kreuter MW, 1999)

I *determinanti predisponenti* includono le conoscenze, le attitudini, le credenze e i valori individuali che sostengono o ostacolano la motivazione al cambiamento.

I *determinanti abilitanti* sono quelle capacità, risorse o barriere che aiutano o ostacolano il desiderio di modificare comportamenti o situazioni ambientali. Essi devono essere interpretati come veicoli o barriere create dal complesso delle forze del sistema e della società. Le risorse personali o della comunità possono essere ampie o inadeguate così come le leggi possono essere restrittive o meno. Anche le capacità che occorrono per mantenere un comportamento desiderato (es. uso corretto del preservativo) vanno classificate come determinanti abilitanti, categoria questa nella quale vanno inclusi tutti quei fattori che rendono possibile il cambiamento desiderato in un comportamento o in una situazione ambientale.

Sono invece *determinanti rinforzanti* tutte le risposte che i soggetti ricevono dagli altri in seguito all'adozione di un nuovo comportamento che li incoraggia o meno al mantenimento del nuovo comportamento.

Lo studio dei determinanti prima identificati richiede poi al progettista una decisione su quelli prioritari, per importanza relativa, per modificabilità e per caratteristiche delle risorse possedute, sui quali centrare l'intervento.

Fase 5 - *Diagnosi amministrativa e politica* - E' questa la fase della valutazione delle capacità amministrative e organizzative possedute e necessarie ad implementare l'intervento. Andranno censiti i vincoli e le risorse, i tempi e le capacità necessarie. Sarà poi necessaria definire la giusta combinazione di strategie e metodi che lo staff di intervento dovrà attivare.

Fasi 6, 7, 8 e 9 - *Implementazione e valutazione* di processo, di impatto e di risultato - Lasciare la valutazione come ultima tra le fasi può essere fuorviante e richiede una precisazione: il processo di valutazione ha inizio con la definizione degli obiettivi identificati in corrispondenza delle fasi di diagnosi, è continuo e viaggia progressivamente con il procedere delle diverse fasi del modello.

Approfondimenti sul modello possono essere fatti sul sito <http://www.lgreen.net/> e in italiano consultando:

Lemma P. Promuovere salute nell'era della globalizzazione, Unicopli, Milano, 2005

Tortone C. Verso una valutazione dei programmi di peer education, in Croce M. e Gnemmi A. (a cura di), Peer education – adolescenti protagonisti nella prevenzione, pgg. 192-194, 203-212, FrancoAngeli Editore, Milano, 2003



Patrizia Lemma¹

Diagnosi educativa: i fattori che determinano il comportamento

Il processo di progettazione del cambiamento dei comportamenti, proposto da Green (Green e Kreuter, 1991), trova la sua fase principale, e più originale, in quella che viene definita fase di diagnosi educativa. In questa fase vengono identificati i fattori che devono essere modificati per iniziare e sostenere il processo di cambiamento di un comportamento: questi fattori diventeranno i bersagli od obiettivi immediati del progetto.

In questo modello vengono identificate tre categorie di fattori che influiscono sul comportamento, individuale o collettivo, ciascuna delle quali esercita un diverso tipo di influenza:

- *fattori predisponenti*, che precedono l'assunzione di un comportamento e che forniscono il razionale e la prima motivazione al comportamento stesso;
- *fattori abilitanti*, che facilitano e sostengono la motivazione permettendo la realizzazione di un comportamento;
- *fattori rinforzanti*, che contribuiscono e sono di incentivo al persistere e ripetersi di un comportamento.

Ogni comportamento può essere spiegato con il contributo complessivo dell'influenza di questi tre ordini di fattori. I concetti di *cause contribuenti* e di *rete di causazione*, sottolinea infatti come i comportamenti siano fenomeni multifattoriali: nessun comportamento o azione è riconducibile ad una sola causa ma ogni fattore aumenta, o riduce, le probabilità che un'azione si verifichi o che un comportamento venga assunto. Occasionalmente si possono realizzare delle eccezioni a questa regola generale: una forte motivazione può, per esempio, sopperire ad una carenza di risorse o di ricompense, o al contrario una forte ricompensa può sostenere un comportamento in assenza di forti valori. Mediamente però è necessario che tutti e tre questi ordini di fattori (predisponenti, abilitanti e rinforzanti) trovino espressione perché un comportamento si assuma e persista.

L'individuazione dei fattori predisponenti, rinforzanti ed abilitanti che determinano un comportamento facilita poi l'individuazione dei tipi di intervento di educazione e promozione della salute che possono essere utilizzati: interventi rivolti direttamente alla popolazione bersaglio, per consolidare i fattori predisponenti; interventi indiretti mirati ai famigliari, i pari, gli insegnanti ed altri, per agire sui fattori rinforzanti; interventi per mettere a disposizione strumenti e abilità per consolidare i fattori abilitanti.

Ogni progetto che voglia promuovere un determinato comportamento deve prendere in considerazione la distribuzione di tutti e tre i gruppi di fattori e la loro interazione, mettendo a punto azioni che operino sui diversi gruppi di fattori. Se, per esempio, un programma di divulgazione studiato per aumentare l'interesse e la conoscenza (fattori predisponenti) intorno ad un fattore di rischio, ignora i fattori

¹ Professoressa di Igiene presso la Facoltà di Scienze della Formazione e il Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia – Università di Torino



abilitanti e rinforzanti che sostengono quel comportamento, molto probabilmente, è destinato a non raggiungere il suo obiettivo, se non in quella ristretta fascia di popolazione che può facilmente accedere a risorse e ricompense (solitamente le persone socialmente avvantaggiate).

Guardiamo ora più dettagliatamente le relazioni che intercorrono tra questi tre gruppi di fattori (figura 1). Ogni soggetto ha una ragione iniziale, un impulso o una motivazione (fattore predisponente) a seguire una data linea di azione: questo (freccia 1) può essere sufficiente ad avviare il comportamento, ma in genere non sarà sufficiente per portarlo a termine. La motivazione viene quindi seguita (freccia 2) dall'uso delle risorse che rendono possibile l'azione (fattore abilitante). A questo punto si realizza il comportamento, seguito (freccia 3) da una reazione emotiva, fisica o sociale (fattore rinforzante). Il rinforzo consolida il comportamento (freccia 4). Le ricompense e le soddisfazioni derivate dal comportamento sono tali da renderlo più attraente all'occasione successiva: il fattore rinforzante di oggi diventa così il fattore predisponente di domani (freccia 5). La pronta disponibilità di fattori abilitanti fornisce ed aumenta la consapevolezza di essere in grado di perseguire quel comportamento sostenendolo (freccia 6).

Per esempio un adolescente può avere un atteggiamento negativo verso il fumo, poiché lo ritiene dannoso (fattore predisponente), e questo, insieme per esempio ad una efficace applicazione delle leggi locali, che proibiscono la vendita di sigarette ai minori riducendo la disponibilità di sigarette nell'ambiente più prossimo all'adolescente (fattore abilitante), lo inducono a non fumare (il comportamento). Il suo non-fumare può essere premiato dai genitori (fattore rinforzante). In alternativa l'adolescente può percepire la pressione dei pari verso il fumo (fattore rinforzante) ed accorgersi della disponibilità di sigarette (fattore abilitante): questi fattori possono condurre l'adolescente ad un atteggiamento positivo verso il fumo (fattore predisponente), tale da indurlo a fumare (il comportamento). Questo comportamento viene infine consolidato dal gruppo dei pari (fattore rinforzante).

Prendiamo ora in considerazione i principali elementi proposti dal modello e che vanno quindi presi in considerazione durante questa fase di diagnosi educativa.

Fattori predisponenti

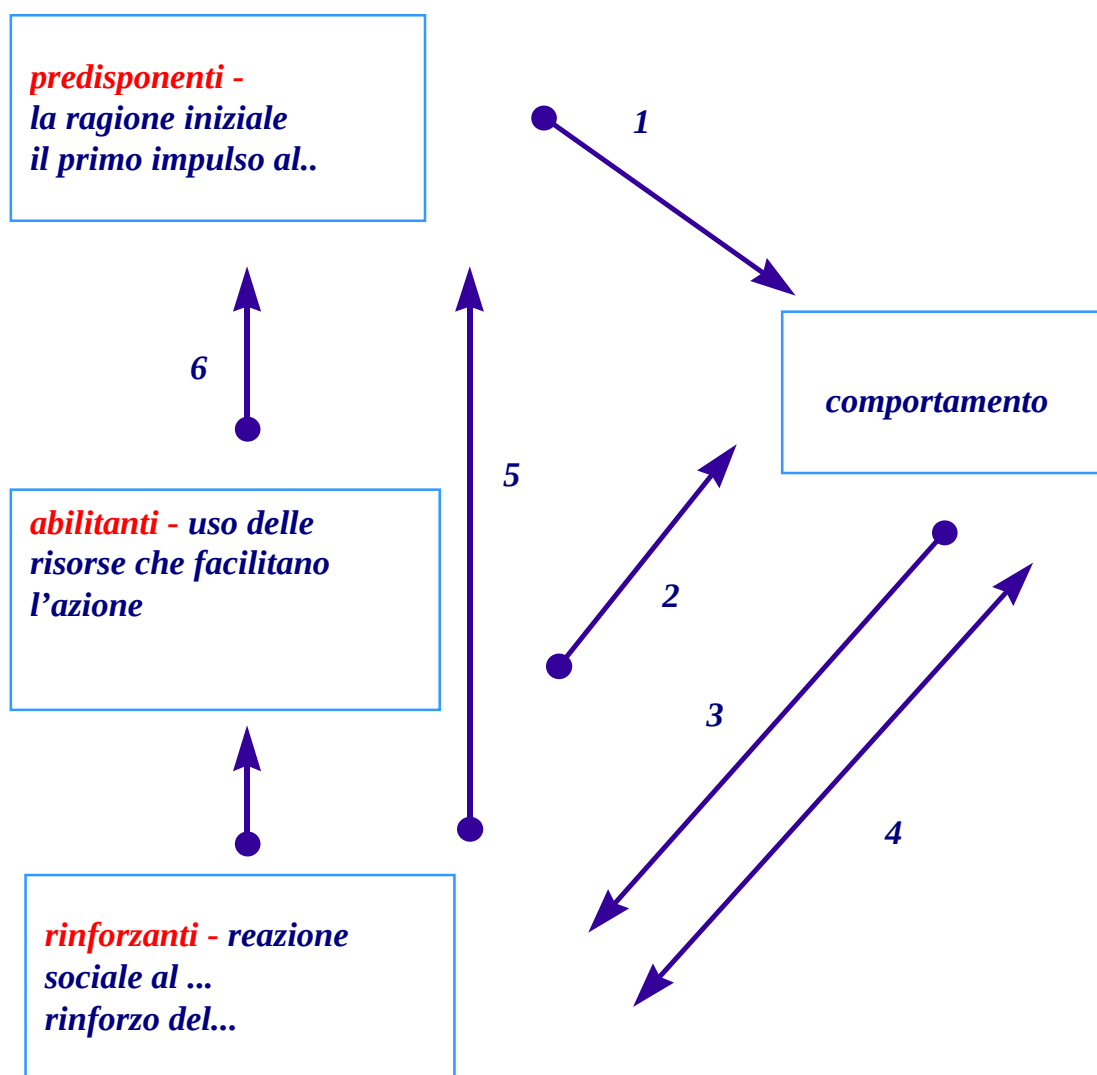
I fattori predisponenti - che includono le conoscenze, le convinzioni, i valori, ecc. - hanno attinenza con la motivazione di un singolo individuo, o di un gruppo, ad agire. Rientrano per lo più nel dominio psicologico ed includono le dimensioni cognitive ed affettive del conoscere, del sentire, del credere, del valutare, dell'avere fiducia in sé e nelle proprie capacità di condurre efficacemente un'azione (autoefficacia o self-efficacy).

Sebbene anche le abilità e le capacità delle persone o delle comunità possano predisporre a determinate azioni, in questo modello, esse vengono classificate come fattori abilitanti. Noi possiamo infatti pensare ai fattori predisponenti come a delle preferenze "personali" che conducono un individuo, o un gruppo, ad una scelta



comportamentale: queste preferenze possono sostenere o inibire un comportamento. Gli skills² esistenti, se è pur vero che possono predisporre una persona, in quanto consapevole della propria capacità, a condurre efficacemente una azione di cambiamento, sono elementi che entrano in relazione con le predisposizioni del soggetto ma inizialmente non appartengono alla stessa categoria.

Figura 1 - Fattori che influenzano il comportamento



² Skill = termine a metà strada tra abilità e capacità, non interamente reso da nessuno dei due termini italiani



Anche i fattori demografici, quali lo stato socio-economico, l'età, il sesso o la dimensione familiare, sono fattori che possono predisporre ad un comportamento: questi non rientrano però nella lista dei fattori predisponenti perché non possono essere influenzati dai programmi di promozione della salute. Può però a volte essere utile stratificare la popolazione per questi fattori, per individuare sottogruppi omogenei, nei quali mirare diagnosi educative prima ed interventi poi.

Le conoscenze – Seppure alcuni studi dimostrano associazioni positive tra il modificarsi delle conoscenze e dei comportamenti, è stato anche dimostrato come il solo aumento della conoscenza, per esempio intorno alle conseguenze per la salute di un determinato comportamento, spesso non è sufficiente a causare un cambiamento di comportamento. Un livello di conoscenza può quindi essere necessario affinché alcune azioni avvengano ma, dopo che quel livello è stato raggiunto, informazioni addizionali non promuovono cambiamenti di comportamento, se questi non si sono già realizzati. È quindi corretto dire che la conoscenza è un fattore necessario, ma solitamente non sufficiente, al cambiamento del comportamento individuale o collettivo. Lo stesso potrebbe essere detto per ogni altro fattore della categoria predisponente, è infatti una combinazione di tali fattori a definire la motivazione al comportamento.

Le convinzioni - Avere una convinzione vuol dire credere che una data affermazione sia vera senza che questa sia apparentemente sottoposta ad alcun giudizio critico. Diversi autori hanno analizzato i fattori che spiegano e predicono un comportamento correlato alla salute (Mullen et al., 1987) ed esiste accordo sul fatto che, perché si verifichi un cambiamento del comportamento, è necessario che si realizzino alcune condizioni:

- 1 - la persona deve credere di poter andare incontro ad una data patologia/rischio;
- 2 - deve percepire la gravità potenziale della condizione in termini di dolore o disagio, tempo rubato al lavoro, difficoltà economiche e così via;
- 3 - deve credere che i benefici derivanti dal comportamento raccomandato superino i costi;
- 4 - la soluzione proposta deve essere avvertita come percorribile in base alle proprie capacità.

Credere di essere suscettibile ed essere convinto della gravità delle conseguenze conduce alla paura. La paura è una potente forza motivazionale, che contiene però una dimensione di ansia, ed essa può produrre una reazione di fuga che spesso si manifesta in termini di rifiuto o razionalizzazione della minaccia come irreali: ecco che la strutturazione di una convinzione può essere un inconsapevole meccanismo di difesa. Di conseguenza lo stimolo della paura nei messaggi di educazione alla salute può avere un effetto contrario a quello desiderato, a meno che il messaggio non sia accompagnato da una identificazione delle azioni che possono essere intraprese: questo riduce infatti l'ansia e la paura e permette di rimettere in discussione una convinzione.

I valori - I valori tendono a stratificarsi all'interno dei gruppi di popolazione, attraverso le generazioni di persone che condividono una storia comune ed un'identità



geografica, e sono la base per giustificare le azioni di ciascuno in termini morali o etici. I valori rafforzano le dimensioni del giusto e dello sbagliato, del buono e del cattivo e sostengono il modo di vedere delle persone in relazione a specifici comportamenti.

Nella gerarchia proposta da Rokeach (Rokeach, 1970), i valori sono collocati più profondamente e perciò meno suscettibili di cambiamento rispetto alle conoscenze e convinzioni. I programmi di educazione o di promozione della salute non si possono perciò proporre nel breve periodo di cambiare i valori di una persona o di una comunità, essi devono invece cercare di aiutare le persone a riconoscere le contraddizioni esistenti tra i loro valori (spesso pro-salute) ed il loro comportamento od ambiente di vita (spesso anti-salute).

Autoefficacia (self-efficacy) – In questo modello grande rilievo è dato al concetto di autoefficacia come fattore determinante del comportamento. Le teorie dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977) e dell'azione ragionata (Ajzen e Fishbein, 1980) prendono in considerazione il ruolo svolto dall'autoefficacia nel sostenere un comportamento o un suo cambiamento. Rimandando ai testi specifici per ogni approfondimento appare però utile, in questa sede, prendere in considerazione, seppure brevemente, alcuni aspetti.

La teoria dell'apprendimento sociale sottolinea come l'apprendimento si verifichi attraverso tre processi: l'esperienza diretta, l'esperienza indiretta, osservando cioè quello che fanno gli altri (modeling), e la successiva memorizzazione ed elaborazione delle informazioni. È quest'ultimo processo che mette in grado una persona di anticipare le conseguenze delle sue azioni. Dall'ultima fase di questo processo di apprendimento deriva anche la possibilità di autovalutazione che rende l'individuo più o meno fiducioso nell'adottare un nuovo comportamento in situazioni che possono prevedere eventi nuovi, imprevedibili o stressanti. Self-efficacy, quindi, è la percezione della propria capacità di successo nell'organizzazione ed implementazione di un nuovo modello di comportamento, basato su azioni o circostanze simili incontrate nel passato. La percezione di capacità nel perseguire un comportamento può poi alleviare l'ansia ed aumentare l'abilità nel seguire gli esempi.

La teoria dell'azione ragionata aggiunge poi un altro concetto di grande interesse quello di *proposito di comportamento (behavioral intention)*. La teoria dell'azione ragionata ritiene che il passo finale nel predisporre il processo di cambiamento, prima che l'azione vera e propria si verifichi, sia quello di formulare un proposito di comportamento. Questo passo è influenzato dai propri atteggiamenti verso il comportamento (assimilabili ai fattori predisponenti del modello di Green) e dalla percezione delle norme sociali favorevoli al comportamento stesso. Queste attitudini sono influenzate dalle credenze concernenti l'efficacia dell'azione nel raggiungere i risultati desiderati e la propria capacità di perseguire l'azione.

Ecco che lavorare sulla percezione delle proprie capacità è quindi particolarmente utile per quelle persone che vogliono, per esempio, smettere di fumare o modificare qualunque altro comportamento, soprattutto quando si sono sperimentate esperienze di fallimento.



Fattori abilitanti

I fattori abilitanti sono le condizioni presenti nell'ambiente di vita che facilitano o ostacolano la performance di un'azione condotta da un individuo o da un gruppo di popolazione. Essi comprendono, per esempio, la disponibilità e l'accessibilità delle risorse utili alla gestione della salute di una persona o di una comunità, ma vi entrano a far parte anche tutte le condizioni del vivere che agiscono da ostacolo all'azione. I fattori abilitanti includono anche le nuove abilità di cui una persona, o una comunità, ha bisogno per mettere in pratica il cambiamento di un comportamento.

Skill - Il termine *skill* viene qui usato per indicare la capacità richiesta ad una persona per realizzare i compiti necessari a perseguire un comportamento correlato alla salute. Le skill riferite alla promozione della salute includono le capacità necessarie al controllo dei fattori di rischio personale di malattia e all'uso appropriato delle cure mediche. Ne sono quindi esempio l'uso appropriato di tecniche di rilassamento, la capacità di utilizzare gli strumenti medicali e le procedure diagnostiche frequentemente previste nei programmi di auto-medicazione, ma anche l'uso efficace del potere di voto individuale o la capacità di costruire consenso all'interno di una comunità.

Progettare il cambiamento di un comportamento include quindi la valutazione di quanto il soggetto, o il gruppo di popolazione, sia in possesso delle capacità abilitanti necessarie (skill).

Una persona che già possiede la capacità di compiere determinate azioni è infatti predisposta ad agire in un determinato modo. Prendiamo per esempio una madre che ha avuto un'esperienza di maternità, durante la quale ha allattato, e che dando alla luce un altro figlio formulerà, con facilità, il proposito di allattare nuovamente: essa è infatti in possesso degli skill e di un alta self-efficacy per l'allattamento. Un precedente fallimento dell'esperienza di allattamento può invece portare quella madre alla costruzione di una convinzione di non utilità dell'allattamento che potrà essere rimossa solo lavorando sull'analisi del precedente fallimento e sull'individuazione delle eventuali capacità che erano allora mancate e che possono ora essere acquisite. Di conseguenza gli skill esistenti o mancanti sono strettamente legati alla self-efficacy e al proposito di comportamento.

Allo stesso modo, per esempio, nell'adolescenza l'abilità a resistere alla pressione dei pari sembra essere associata con il non-fumare: molti programmi di prevenzione contro il fumo hanno infatti incluso gli skill per resistere alla pressione dei pari.

Ambiente - Come già sottolineato, un comportamento di salute è riconducibile a molte cause, così lo sforzo in un'unica direzione nel tentativo di condizionare un comportamento raramente produce il risultato desiderato. Ecco che, per esempio, gli interventi di educazione alla salute, utilizzati allo scopo di migliorare la conoscenza ed utilizzo dei servizi sanitari, che non pongano attenzione ai fattori abilitanti per quella utilizzazione, quindi al reale accesso delle strutture deputate a fornire il servizio, possono mancare di raggiungere il risultato ricercato.



Le condizioni ambientali possono influenzare i fattori di rischio comportamentali per le malattie, sia in senso positivo che negativo. La disponibilità, l'accessibilità, l'economicità di prodotti di consumo non salutari sono infatti importanti fattori abilitanti che producono effetti negativi sui comportamenti. Ne sono un esempio i distributori di sigarette, che rendono possibile il fumo tra gli adolescenti nei paesi le cui leggi ne proibiscono la vendita ai minori; oppure i fast-food, che sono economicamente convenienti, ma troppo spesso distribuiscono cibi ad alto contenuto di sale e grassi; o ancora la vendita di bevande alcoliche durante gli eventi sportivi, che producono effetti alcolemici durante la guida nel ritorno verso casa.

Per ciascun fattore di rischio comportamentale è possibile identificare i fattori abilitanti ambientali. Per il fumo di sigaretta sono, per esempio, fattori abilitanti ambientali il costo delle sigarette, il divieto o restrizione d'uso in alcuni ambienti, la disponibilità di programmi di sostegno alla cessazione del fumo. I fattori abilitanti che possono scoraggiare il cattivo uso di alcol tra i giovani sono la disponibilità di alternative per il tempo libero, quali le attività sportive o ricreative, gli eventi sociali organizzati senza la vendita di alcol, la regolamentazione della vendita di alcolici attraverso i punti di distribuzione al dettaglio.

Per incoraggiare l'attività fisica tra gli adulti sono invece fattori ambientali abilitanti i programmi che enfatizzano l'esercizio fisico moderato e non troppo faticoso; l'accessibilità in ampie fasce orarie, a costi contenuti, a strutture che rendano possibile un'attività fisica non agonistica; un'organizzazione urbanistica favorevole all'attività fisica all'aperto.

Fattori rinforzanti

I fattori rinforzanti sono le conseguenze che il soggetto che agisce il comportamento osserva come feed-back positivo (o negativo). I fattori rinforzanti includono quindi la risposta sociale, in particolar modo quella dei pari, ma anche le conseguenze fisiche di un comportamento: il sentirsi bene in seguito allo svolgimento di un esercizio fisico o il sollievo dei sintomi respiratori a seguito dell'uso corretto della cura per l'asma.

I benefici sociali (come il riconoscimento), i benefici fisici (il benessere, il sollievo dal disagio e dal male), le ricompense tangibili (come i benefici economici o l'evitare dei costi), le ricompense desiderate o non aspettate (come il miglioramento dell'aspetto, il rispetto di se stessi, o l'accostamento con una persona stimata che simboleggia un certo comportamento) sono tutti aspetti che rinforzano il comportamento. Sono però fattori rinforzanti anche le conseguenze negative di un comportamento.

Per ogni comportamento è possibile identificare fattori che lo rinforzano. La pubblicità di sigarette ed alcolici provvedono, per esempio, a rinforzare l'abitudine di fumare e di bere. Il sostegno della famiglia e le raccomandazioni degli operatori sociosanitari sono invece rinforzi all'adesione ai programmi di attività fisica. Nei luoghi di lavoro spesso un rinforzo può essere fornito dai propri colleghi, dai superiori o dai rappresentanti sindacali.



Sono importanti fattori di rinforzo gli atteggiamenti e comportamenti delle persone significative, alcune delle quali saranno più influenti di altre nell'incidere sul comportamento stesso. Per esempio, in un programma di educazione alla salute in una scuola superiore, il rinforzo potrebbe arrivare dai pari, dagli insegnanti, dai genitori: quale di questi soggetti ha maggior influenza? Sebbene non ci sia una risposta definitiva a questa domanda, le ricerche sul comportamento degli adolescenti dicono che il comportamento del fumare, bere come quello dell'assunzione di droghe illegali è soprattutto influenzato dall'approvazione degli amici. Il comportamento degli adolescenti più giovani rispetto al fumo appare invece essere più influenzato dai genitori.

Individuare interventi

Poiché non tutti i fattori che sostengono un comportamento possono essere affrontati contemporaneamente è necessario prendere delle decisioni circa quali possono divenire obiettivi sostenibili dell'intervento e in quale ordine. I criteri dell'importanza del fattore, nel generare il comportamento, e della sua modificabilità sono i criteri principali che devono guidare la scelta di colui che progetta l'intervento.

Nell'analizzare la modificabilità dei fattori è necessario anche tenere conto delle regole che governano l'adozione e la diffusione di una innovazione all'interno di una comunità (Rogers e Shoemaker, 1971). Come altre variabili anche l'adozione di un nuovo comportamento si distribuisce all'interno di una comunità seguendo l'andamento di una curva gaussiana. Pochi, il 2.5%, sono coloro che adottano subito il nuovo comportamento proposto: sono quelli che possiamo definire gli innovatori. Un'altra piccola quota, il 13.5%, adotta il nuovo comportamento abbastanza rapidamente: sono coloro che gli autori definiscono gli adottatori precoci. Una quota corrispondente a circa il 34% della popolazione sembra invece rispondere al motto "Non essere l'ultimo ad abbandonare la vecchia strada, ma non il primo a percorrerla": viene definita la maggioranza che adotta precocemente. Un'altra quota di circa il 34% della popolazione mostra scetticismo e riluttanza al cambiamento richiedendo che i benefici che ne derivano gli siano chiaramente dimostrati: è la quota di maggioranza che adotta tardivamente. La rimanente quota del 16% della popolazione può essere definita resistente al cambiamento.

Una corretta diagnosi educativa deve scegliere le strategie di intervento più appropriate anche in base alla definizione del livello di diffusione di un comportamento in una popolazione. I diversi gruppi di popolazione rispondono infatti diversamente alle diverse strategie di intervento. Gli innovatori cambiano in risposta a modifiche anche dei soli fattori predisponenti, a volte anche solo incrementando le loro conoscenze: sono spesso soggetti con titolo di studio elevato e elevata consapevolezza delle proprie risorse personali. Anche gli adottatori precoci rispondono alle stesse caratteristiche: per entrambe i gruppi le informazioni, anche solo attraverso giornali e opuscoli, sono spesso sufficienti ad indurre un comportamento positivo. Per la maggioranza della popolazione è invece necessario agire su almeno due gruppi di fattori, nel caso di coloro che comunque sono precoci nel modificare i loro comportamenti, o su tutte e tre i gruppi di fattori, per coloro che sono riluttanti al cambiamento (Green e Kreuter, 1991). Ecco che se un soggetto, o un gruppo di popolazione, è già stato bersaglio di interventi



informativi, ma non ha cambiato il suo comportamento, appartiene evidentemente a quei gruppi di popolazione nei quali ulteriori risultati potranno essere ottenuti soltanto affiancando interventi che agiscano anche su altri fattori.

Bibliografia citata

Ajzen I, Fishbein M, *Understanding Attitudes and Predicting Social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.

Bandura A, *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.

Green LW, Kreuter MW, *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. (2nd ed.). Mountain View, CA, Mayfield, 1991.

Mullen PD, Hersey J, Iverson DC, "Health Behavior Models Compared" *Social Science and Medicine* 24(1987):973-81.

Rogers EM, Shoemaker FF, *Communication of Innovation*. Free Press, New York, 1971.

Rokeach M, *Belief, Attitudes and Values*. San Francisco: Jossey-Bass, 1970.

Integrative Model (Fishbein, 2000)

Fishbein ha proposto una teoria integrata (Integrative Model) che utilizza concetti provenienti da diverse teorizzazioni precedenti. Praticamente integra variabili tratte da TRA/TPB (Ajzen & Fishbein, 1980), Health Belief Model (Becker, 1974), e Social Cognitive Theory (Bandura, 1977). Fishbein infatti sostiene che non occorrono nuove teorie che spieghino come avviene il cambiamento comportamentale ma una miglior comprensione di come le teorizzazioni esistenti possano essere usate al meglio per la programmazione e la valutazione degli interventi.

Tale teorizzazione è nata pensando al comportamento sessuale, che è il più complesso tra i comportamenti di salute, ed è la conseguenza di una "accesa diatriba" congressuale circa le somiglianze tra teorizzazioni e costrutti diversi. Quello di Fishbein è un tentativo, possono essere identificate e proposte differenti concettualizzazioni delle stesse variabili da validare. Il problema è trovare un accordo su quelle che sono le determinanti sostanziali che una teoria integrata dovrebbe considerare.

Secondo Fishbein questo modello non è adatto solo alla cultura occidentale, ma, se adeguatamente applicato, come altri modelli teorici, risulta cultura-specifico. Chiaramente, l'importanza relativa di ogni variabile considerata nel modello sarà diversa in funzione del comportamento e della popolazione osservati. Infatti questo tipo di modelli teorici richiede la comprensione del comportamento dalla prospettiva della popolazione in esame (Attitude, norme e self efficacy sono concetti profondamente influenzati dalla cultura di appartenenza).

Le variabili descritte nell'**Integrative** model sono state studiate in gruppi di soggetti di 50 Nazioni sia dei paesi sviluppati che dei paesi in via di sviluppo. (Fishbein, 2000; Fishbein & Yzer, 2003).

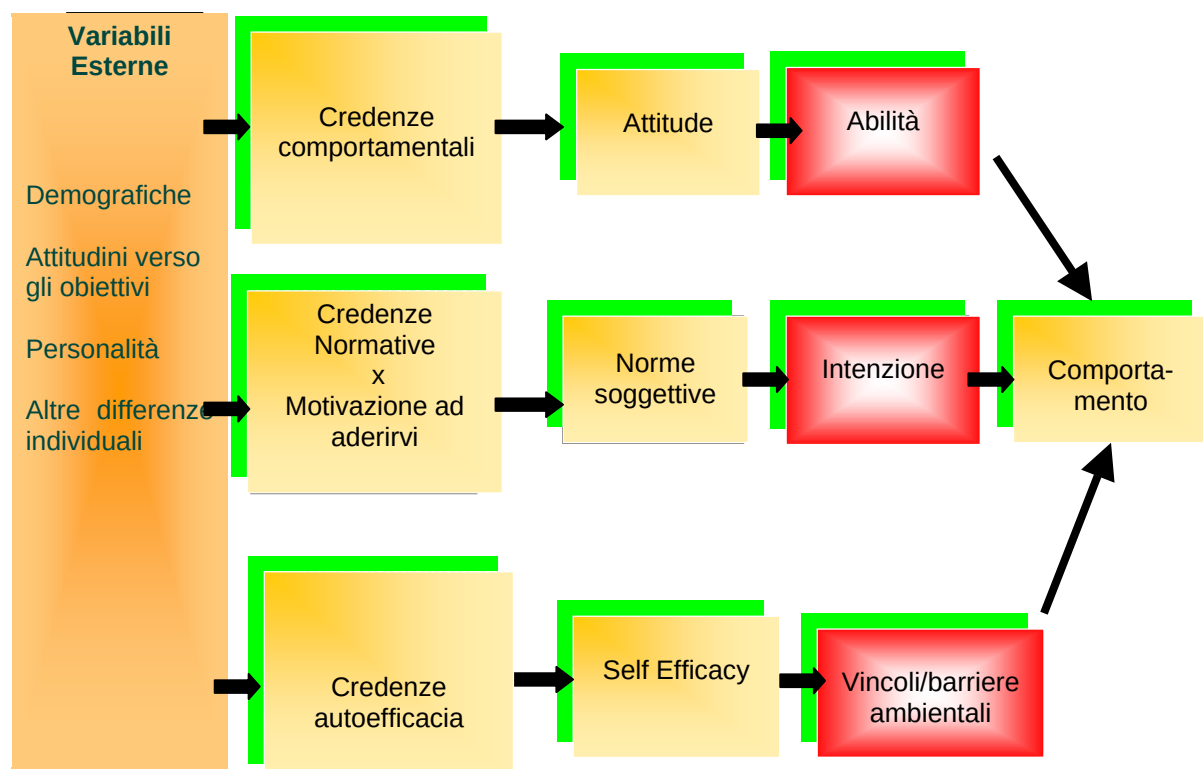


Figura 7: Integrative Model (Fishbein, 2000)

Secondo tale modello (in accordo con Theory of Reasoned Action e Theory of Planned Behavior) l'intenzione è il primo determinante del comportamento, possiamo quindi ipotizzare che il comportamento abbia tante più probabilità di essere messo in atto quanto più il soggetto ha intenzione di cambiare, pensa di avere le capacità per adottare il nuovo comportamento e non vi sono particolari impedimenti ambientali al cambiamento. (Fishbein *et al.*, 1992).

Se il soggetto non ha maturato una reale intenzione al cambiamento occorrerà agire sui tre determinanti dell'intenzione: attitudini circa il comportamento (per esempio sentimenti favorevoli e sfavorevoli circa la messa in atto del comportamento), norme percepite (compresa la percezione di cosa gli altri pensano che debba essere fatto e percezione di quanto gli altri fanno) e self efficacy (convinzione di essere in grado di mettere in atto il comportamento anche in una varietà di situazioni difficili).

Chiaramente questi tre determinanti sono fortemente influenzati dal tipo di comportamento da adottare e dalla cultura di riferimento della popolazione presa in esame. Ad esempio un comportamento può essere prevalentemente determinato dalle attitudini (credenza x aspetto di valore) e un altro può essere invece prevalentemente influenzato dalla self efficacy; allo stesso modo un comportamento può essere guidato dalle attitudini personali in una popolazione e in un'altra essere prevalentemente indotto dalle norme sociali di riferimento. Quindi prima di sviluppare un intervento di cambiamento è importante capire se quel dato comportamento, in quella data popolazione di riferimento è prevalentemente guidato da "attitude" personali, norme culturali di riferimento o self efficacy.

L' **Integrative** Model di Fishbein è stato applicato in due studi scientifici del US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) che ne hanno convalidato l'adeguatezza teorica: l' AIDS Community Demonstration Projects (CDC, 1996; CDC AIDS Community Demonstration Projects Research Group, 1999; Fishbein *et al.*, 1996a; Higgins *et al.*, 1997), e il Project RESPECT (Kamb *et al.*, 1996; 1998). Sebbene basati sullo stesso modello teorico questi due studi sono molto diversi tra loro per il contesto (intervento di strada con volontari della comunità, intervento individuale in clinica con un counsellor professionale).

Aspetti positivi:

- aspetti positivi dei modelli che ha considerato
- tenta di superare i limiti dei modelli precedenti
- tentativo di uniformare definizioni ed etichette degli elementi in gioco
- presenta una visione integrata e di ampio spettro

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In generale i vantaggi dei modelli di social cognition applicati alla salute possono essere così sintetizzati:

- forniscono una chiara cornice di riferimento alle ricerche (guidano la selezione delle variabili da considerare, la procedura per ottenere misure valide e replicabili e indicano come ordinare tra loro le diverse variabili per predire il comportamento). Intenzione, self efficacy e aspettative di risultato giocano un ruolo fondamentale in molti modelli;
- con l'identificazione delle variabili, tali modelli migliorano la nostra conoscenza e comprensione dei comportamenti correlati alla salute e quindi possono guidare nello sviluppo di programmi di promozione della salute sempre più efficaci;
- forniscono una descrizione dei processi cognitivi che influenzano la motivazione individuale verso diversi comportamenti
- forniscono indicazioni per l'intervento: questi modelli evidenziano come l'intervento sia più efficace quanto più è indirizzato ad uno specifico comportamento (camminare per 20 minuti, tre volte la settimana) rispetto ad interventi rivolti a categorie di comportamento (fare attività fisica) o ad obiettivi (perdere peso).

Tutti questi modelli sono stati applicati ad una varietà di comportamenti ma sono pochi gli studi che hanno tentato di confrontare il potere predittivo dei vari modelli.

Le teorie non sono qualcosa di statico, ma devono potersi evolvere nel tempo secondo un processo ciclico che presuppone il chiarimento delle relazioni reciproche tra le variabili, la verifica delle relazioni stesse, la specificazione o il rifiuto di determinati principi e la ricerca di nuove relazioni. Un singolo studio, per quanto ben fatto, permette solo una verifica limitata di una teoria. Infine può accadere che una teoria sia efficace nel prevedere un determinato tipo di comportamento in un determinato ambito ma non in un altro, oppure una teoria può spiegare una elevata percentuale di varianza ma contenere delle variabili che sono difficili da modificare e quindi risultare meno utile dal punto di vista pratico.

Già nella seconda metà degli anni 80 (Hill et al, 1985, Mullen et al 1987) sono stati confrontati Health Belief Model e Theory of Reasoned Action, esaminando comportamenti diversi: dall'esito di tali studi studi è emersa una capacità "lievemente" superiore di HBM nel predire il comportamento. Ricordiamo però che HBM è una associazione di variabili (da qui forse la sua maggior predittività ... più variabili.. maggior predittività!), più che un modello causale e quindi non fornisce indicazioni pratiche circa le tecniche di cambiamento. Conner e Norman (1995) hanno invece confrontato Theory of Planned Behavior e Health Belief Model con risultati contrastanti.

Weinstein (1993) ha evidenziato come su 205 articoli "theoretically based" pubblicati tra il 1974 e 1991, solo 10 articoli citano più di una teoria e solo 4 di questi sono confronti empirici, pratici. Più recentemente, Noar e Zimmermann (2005) hanno condotto una ricerca sistematica nel data base PsychInfo fino al giugno 2003. Le teorie maggiormente utilizzate risultano essere Health Belief Model, Theory of Reasoned Action/Theory of Planned Behavior, Social Cognitive Model e Modello Transteorico. La maggior parte degli articoli prende in considerazione una sola teoria, alcuni sono articoli "predittivi" che analizzano alcuni fattori come determinanti dalle teorie (es self efficacy) e valutano la capacità di questi determinanti nel predire i comportamenti di salute. Solo 13 articoli pubblicati su riviste o capitoli di libri confrontano realmente le teorie tra loro (0.4% su 2901 citazioni totali).

Nel 2002 in uno Special Issue della rivista Health Education Research (Volume 17, issue 5 of Health Education Research) sono stati presentati 15 programmi di promozione della salute e in ogni articolo i ricercatori hanno descritto come e perché sono state scelte le teorie di riferimento (Nigg et al., 2002b). Il primo problema di tali teorie è che esse considerano i comportamenti come scelti e determinati a livello individuale (non considerazione del contesto sociale), stabili (e non mutevoli nel tempo) ma volontariamente modificabili. Queste teorizzazioni hanno quindi un focus individuale e si riferiscono ad una psicologia di matrice cognitivista. Inoltre la metafora sottostante dell'uomo come elaboratore di informazioni, è chiaramente non convincente....

Uno studio di Ogden (2003) ha evidenziato peraltro come le Health Behavior Theories non siano falsificabili secondo gli standard di falsificabilità⁹ e che quando i dati non supportano alcuni aspetti della teoria scelta come riferimento gli autori tendono ad offrire una serie di spiegazioni senza mai però mettere in discussione la teoria stessa. Inoltre il fatto che alcune teorie sui comportamenti di salute non specifichino dettagliatamente il tipo di relazione che intercorre tra le variabili [e.g. Fisher and Fisher, 1992; Weinstein, 1993; Rimer, 1997]], rende ancora più difficile verificarle o falsificarle. Si osserva quindi un proliferare di nuove teorie che tentano di spiegare i comportamenti di salute senza che vi sia chiarezza circa la adeguatezza delle teorie già esistenti. Inoltre la maggior parte degli studi circa la validità dei modelli si è soffermata sullo studio della fase intenzionale e non sulla fase di azione vera e propria e quindi sulla messa in atto effettiva del comportamento. Esiste infatti una correlazione molto bassa (0.15, Conner e Norman, 1994; 0.17, Bish et al., 2000) tra l'intenzione di effettuare uno **screening** di salute e l'effettiva effettuazione dello screening stesso.

Da questi studi di confronto tra i modelli emergono le seguenti osservazioni:

1. La self efficacy è il concetto chiave (come si vede anche in tabella 1) e deve essere inclusa in ogni modello esplicativo, tale è il suo potere predittivo. Infatti essa risulta essere il determinante principale per la scelta di adottare un comportamento salutare in gruppi di soggetti di differente età, etnia e stato di salute (Maase & Anderson, 2003; Sohng, Sohng, & Yeom, 2002; Taylor, 2000).
2. L'intenzione agisce come variabile mediatrice tra altre variabili socio cognitive e il comportamento.
3. Gli approcci teorici alla modificazione del comportamento non possono prescindere dalla considerazione di una fase motivazionale e di una fase volitiva. Le variabili socio cognitive sono, come già detto, particolarmente importanti nella fase motivazionale, infatti è chiara la correlazione tra esse e l'intenzione. Questi modelli spesso però non prendono in considerazione nè il passaggio da intenzione a messa in atto del comportamento né la specificità del mantenimento (molto diversa dalla fase di attuazione di un comportamento) e quindi si dimostrano statici e si fermano alla formazione dell'intenzione. Sembra che le teorizzazioni a stadi siano le più complete in quanto le diverse variabili chiave evidenziate hanno un potere predittivo diverso a seconda dello stadio in cui si trova il soggetto.
4. Specificità di alcuni modelli: l'Health Belief Model (Becker, 1974) è utile per i comportamenti di salute in generale (es esercizio fisico), le teorizzazioni a stadi sono più adeguate in quelle situazioni in cui gli obiettivi comportamentali devono essere stabiliti in maniera rapida, come avviene nel caso di una consultazione nello studio del medico.(Weinstein and Sandman, 2002).

⁹ Il criterio di falsificabilità afferma che una teoria, per essere controllabile, e perciò scientifica, deve essere "falsificabile": in termini logici, dalle sue premesse di base devono poter essere deducibili le condizioni di almeno un esperimento che la possa dimostrare integralmente falsa. Se una teoria non possiede questa proprietà, è impossibile controllare la validità del suo contenuto informativo relativamente alla realtà che essa presume di descrivere.(Popper)

Emergono anche una serie di criticità, che possiamo tentare di sintetizzare:

1. c'è una consistente sovrapposizione tra i modelli (il focus è nelle aspettative di risultato o nelle conseguenze dell'adozione di un comportamento). I diversi modelli hanno potere predittivo simile e si differenziano in maniera poco significativa tra loro. Anche dal punto di vista teorico le variabili indicate dai differenti modelli sono largamente sovrapponibili tra loro, la differenza consiste solo nell'etichetta che viene loro attribuita. Ecco in sintesi alcune sovrapposizioni:
 - suscettibilità, severità percepita, percezione del rischio, e aspettative di risultato fisico negativo;
 - conseguenze percepite, costi e benefici del comportamento e aspettative di risultato;
 - controllo comportamentale percepito e self efficacy;
 - intenzione comportamentale e protection motivation
2. nei modelli di Ajzen (azione ragionata e comportamento pianificato) le attitudini rispetto ad un comportamento e le norme sociali danno origine all'intenzione che determina il comportamento. Le attitudini sono misurate come risultati percepiti e valore attribuito a questi risultati (non come attitudini tradizionalmente intese). Le norme sono misurate come pressione sociale percepita e motivazione soggettiva ad aderirvi, corrispondono quindi a risultati sociali attesi. Gli obiettivi possono essere prossimali o distali e l'intenzione è essenzialmente un obiettivo prossimale. Occorre invece una esplicitazione specifica e puntuale dei nessi causali tra le diverse componenti dei modelli.

Tabella 1- Sintesi dei principali determinanti sociocognitivi e delle loro aree di sovrapposizione nei differenti modelli di salute

Teorie	Determinanti psicosociali della salute							
	Autoefficiacia	Aspettative di risultato		Autovalutazione	obiettivi		barriere	
		fisico	sociale		Prossimali	distali	Personal Situazionali	Sistema sanitario
Social cognitive Model								
HBM								
Reasoned Action								
Planned Behavior								
Protection Motivation								

3. Altra criticità resta la definizione del grado ottimale di specificità/generalità del costrutto di self efficacy. Secondo Bandura la self efficacy deve essere situazione-specifica. D'altra parte ci sono misure di self efficacy generiche che si sono dimostrate predittive. La self efficacy potrebbe quindi essere una misura di tratto che riflette le capacità individuali di gestire lo stress in differenti situazioni della vita. In questo senso rispecchia il concetto di ottimismo disposizionale (come inteso da Scheier e Carver, 1992) che rappresenta la fiducia nelle proprie capacità di coping. Tale concetto di ottimismo disposizionale può essere diviso in ottimismo difensivo (la persona si sente meno esposta al rischio di quanto dovrebbe, in modo poco realistico) e ottimismo funzionale (la persona crede che il suo comportamento produrrà risultati positivi per la salute e si sente in grado di

affrontare efficacemente le situazioni di vita). Se la percezione è distorta si può avere un eccesso di ottimismo. Haaga e Steward (1992) hanno evidenziato come un eccesso di self efficacy non permetta di affrontare adeguatamente le eventuali ricadute. Quindi la self efficacy deve essere ottimista per generare la motivazione ma non deve superare certi limiti perché una percezione troppo ottimistica può indurre a sottovalutare il problema o lo sforzo e l'impegno necessari per modificare il comportamento non salutare. Il costrutto di self efficacy, pur essendo una "variabile chiave" non va considerato come una etichetta "magica", sono da tenere in considerazione anche la pressione del gruppo dei pari e il sostegno sociale (concetti peraltro non del tutto svincolati dalla self efficacy stessa). Infatti la pressione del gruppo dei pari ha un effetto che viene modulato dal senso di autoefficacia individuale e anche il grado in cui il sostegno sociale ha effetto dipende da come il senso di autoefficacia personale costruisce mantiene e mobilita le risorse sociali.

Sicuramente occorrono ulteriori studi prospettici, in particolare per quanto riguarda l'adozione di comportamenti nuovi e comportamenti multipli, per capire quali sono i nessi causali tra le diverse variabili in gioco. Ed è importante capire, al di là del potere predittivo del modello, come occorre intervenire per modificare un comportamento secondo un determinato modello.

4. Possibile inserimento di nuove variabili. Ad esempio merita attenzione la distinzione tra intenzione comportamentale e self prediction ("come posso ottenere il cambiamento comportamentale?") Altre possibili variabili su cui indagare sono la percezione individuale della correttezza o non correttezza morale del comportamento in oggetto, i sentimenti anticipatori rispetto all'intraprendere un comportamento, il concetto di autoidentità (es pensiero di essere una persona che mangia sano può predire il comportamento alimentare effettivo). Infine non si può prescindere dalla considerazione delle norme sociali e dal concetto di rischio percepito, che sono presenti solo in alcune teorizzazioni.
5. Studio del ruolo del comportamento passato. Alcuni comportamenti di salute sembrano determinati non da variabili socio cognitive ma dal comportamento passato (ad esempio studi su consumo di dolci e fritti, su fumo e su attività fisica, uso di droghe uso delle cinture di sicurezza). Occorre fare una distinzione tra occasioni in cui l'influenza del comportamento passato viene presa in considerazione dalle variabili cognitive e occasioni in cui sembra avere un diretto influsso del comportamento (es abitudini). Occorre analizzare meglio quali sono gli elementi discriminanti tra abitudini e comportamento passato.
6. Metodi di misurazione delle variabili. Occorre misurare variabili cognitive e comportamento con lo stesso livello di specificità per avere delle correlazioni significative. Per questo motivo le misure generali di variabili cognitive non si sono dimostrate efficaci (es studi su Locus Of Control). Inoltre spesso il comportamento viene misurato in una singola occasione e in un singolo contesto (es uso/ non uso del condom con un partner occasionale).
7. studio comportamenti automatici. In alcune situazioni il comportamento non viene adottato seguendo un processo razionale di scelta ma in maniera spontanea e automatica (spontaneous processing model): Il modello di presa di decisione sembra essere razionale quando si devono affrontare situazioni nuove o in situazioni già affrontate si presentano nuovi problemi, mentre nelle situazioni abituali o molto semplificate si seguono delle routine consolidate.
8. Studio comportamenti multipli (es alimentazione e attività fisica).

9. Studio dei soggetti che hanno con successo portato a termine un cambiamento in maniera spontanea (disattenzione della letteratura scientifica sui “successful self changers”, Granfield e Cloud, 1996).

BIBLIOGRAFIA

Armitage C.J., Conner M. (2000). *Social Cognition Models and Health Behavior: A structured Review*. Psychology and Health, 15: 173-189.

Albarracin, D., Johnson, B.T., Fishbein, M. and Muellerleile, P.A. (2001). *Theories of reasoned action and planned behaviour as models of condom use: a meta-analysis*. Psychological Bulletin, 127: 142-161.

Ajzen I. (1985). *From intention to action: a theory of planned behaviour*. In J. Kuhl e J. Beckman (eds) *Action control: from cognition to behaviour*. NY: Springer Verlag.

Ajzen I. (1991). *The theory of planned behaviour*. Organizational Behavior and Human decision Processes, 50: 179-211.

Ajzen I., Fishbein M. (1980). *Understanding Attitude and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliff (NJ): Prentice Hall.

Bandura A. (1977). *Self Efficacy: Toward an unifying theory of behavioural change*. Psychological Review, 84: 191-215.

Bandura A. (1977). *Social Learning theory*. Englewood Cliff (NJ): Prentice Hall.

Bandura A. (1991). *Self efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior*. In J. Madden (a cura di) *Neurobiology of learning, emotion and affect*. New York: Raven.

Bandura A (1995). *Self efficacy in changing societies*. Cambridge University Press. Traduzione italiana *Il senso di Autoefficacia*. Trento: Erickson, 1996.

Bandura A (1997). *Self Efficacy: The exercise of control*. New York: Worth Publisher. Traduzione Italiana *Autoefficacia : teoria e applicazioni*. Trento: Erickson, 2000.

Bandura, A. (1998). *Health promotion from the perspective of social cognitive theory*. Psychology and Health, 13: 623-649.

Bandura, A. (2004). *Health promotion by social cognitive means*. Health Education and Behavior, 31(2): 143-164.

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Health Education Monographs, 2(4): 324-473.

Biddle, S.J.H. and Nigg, C.R. (2000). *Theories of exercise behavior*. International Journal of Sport Psychology, 31: 290-304.

Bish, A., Sutton, S. and Golombok, S. (2000). *Predicting uptake of a routine cervical smear test: a comparison of the health belief model and the theory of planned behaviour*. Psychology and Health, 15: 35-50.

Burkholder, G.J. and Evers, K.E. (2002). *Application of the transtheoretical model to several problem behaviors*. In Burbank, P.M. and Riebe, D. (eds), *Promoting Exercise and Behavior Change in Older Adults: Interventions with the Transtheoretical Model*. Springer, New York, pp. 85-145.

Conner M., Norman, P.(1995). *Predicting Health Behavior*. Philadelphia: Open University Press.

DiClemente, R.J., Crosby, R.A. and Kegler, M.C. (eds) (2002) *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving the Public Health*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.

Festinger L (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

Fishbein M. (2000). *The role of theory in HIV prevention*. *Aids Care*, 12 (3): 273–278.

Fishbein M., Bandura, A., Triandis, H.C., Kanfer, F.H., Becker, M.H. and Middlestadt, S.E. (1992). *Factors influencing behavior and behavior change*. Final report—theorist's workshop. Rockville, ML: National Institute of Mental Health.

Fishbein, M., & Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K. (1997). *Linking theory, research and practice*. In Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K. (eds), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, (2nd Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass, pp. 19–35.

Fishbein M., & Yzer, M. C. (2003). *Using theory to design effective health behavior interventions*. *Communication Theory*, 132: 164–183.

Fishbein, M., Triandis, H. C., Kanfer, F. H., Becker, M. H., Middlestadt, S. E., and Eichler, A. (2001). *Factors influencing behavior and behavior change*. In A. Baum, T. R. Revenson, and J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 3–17). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Fisher, J.D. and Fisher, W.A. (1992). *Changing AIDS-risk behavior*. *Psychological Bulletin*, 111: 455–474.

Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K. (eds) (1997). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, (2nd Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Glanz, K., Rimer, B.K., and Lewis, F.M. (Eds) (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (3rd Edition). San Francisco CA: Jossey Bass.

Godin, G. and Kok, G. (1996). *The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors*. *American Journal of Health Promotion*, 11: 87–98.

Granfield R, Cloud W. (1996). *The elephant that no one sees: natural recovery among middle class addicts*. *Journal of Drug Issues*, 26: 45-61.

Haaga D.A., Steward B.L. (1992). *Self Efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 24-28.

Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D. and Biddle, S.J.H. (2002). *A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: predictive validity and the contribution of additional variables*. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24: 3–32.

Harrison I.A., Mullen P.D., Green L.W. (1992). *A Meta-analysis of studies of the health belief model with adults*. *Health Education Research*, 7: 107-116.

- Hausenblaus, H., Carron, A.V. and Mack, D.E. (1997). *Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior: a meta-analysis*. Journal of Sport and Exercise Psychology, 19: 36–51.
- Hill D., Gardner G., Rassaby J. (1985). *Factors predisposing women to take precaution against breast and cervix cancer*. Journal of Applied and Social Psychology, 15: 59-79.
- Janz, N.K. and Becker, M.H. (1984). *The health belief model: a decade later*. Health Education Quarterly, 11: 1–47.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). *Behavioral theories and the problem of compliance*. Patient Education & Counseling, 10: 117-36.
- Lewin K. (1951). *Field theory and Social Science*. New York : Harper and Row. Traduz italiana (1972) *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino
- Maase, L.C., & Anderson, C.B. (2003). *Ethnic differences among correlates of physical activity in women*. American Journal of Health Promotion 17: 357–360.
- Maddux J.E., Rogers R.W. (1983). *Protection Motivation and Self efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change*. Journal of Experimental Social Psychology, 19: 469-479.
- Mullen P.D., Hersey J.C., Iverson D.C. (1987). *Health Behavior models compared*. Social Science and Medicine, 24: 973-981.
- Murray-Johnson, L., Witte, K., Boulay, M., Figueroa, M.E., Storey, D. and Tweedie, I. (2001). *Using health education theories to explain behavior change: a cross-country analysis*. International Quarterly of Community Health Education, 20: 323–345.
- Nigg, C. R., Allegrante, J. P. and Ory, M. (eds) (2002). *Special issue: Behavior Change Consortium (BCC)*. Health Education Research, 17: 493–679.
- Noar S.M., Zimmerman R.S. (2005). *Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction?* Health Education Research 20 (3): 275–290.
- Norman, P. and Conner, M. (1996). *The role of social cognition models in predicting health behaviours: Future directions*. In Conner, M. and Norman, P. (eds), *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press, pp. 179–225.
- Ogden, J. (2003). *Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis*. Health Psychology, 22: 424–428.
- National Cancer Institute. (2000). *Population based smoking cessation: Proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population*. Smoking and tobacco control. Monograph N° 12. Bethesda MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub N° 00-4892.
- Pavlov (1923). *Il riflesso condizionato*. Traduzione italiana Roma (1968): Editori Riuniti.
- Pearling L.I., Schooler C. (1978). *The structure of coping*. Journal of Health and Social Behavior, 19: 2-21.
- Petty R.E., Cacioppo J.T. (1986). *Communication and Persuasion: central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer Verlag.

- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change*. American Journal of Health Promotion, 12(1): 11-12.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983). *Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change* . Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51: 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). *Stages of change in the modification of problem behaviors*. Progress in Behavior Modification, 28: 188-213.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M., & Abrams, D. (1992). *Attendance and outcome in a work-site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables*. Addictive Behavior, 17: 35-45.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M., Marcus, B., Racowski, W., et al. (1994). *Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors*. Health Psychology, 13: 39-46.
- Rimer, B.K. (eds) (1997). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. (2nd Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass, pp. 139–147.
- Rogers R.W. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*. In J.T. Cacioppo e R.E. Petty (a cura di) *Social Pshychophysiology*. New York: Guilford Press, pp 153-176.
- Rosen, C.S. (2000). *Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis*. Health Psychology, 19: 593–604.
- Rosenstock, I.M. (1974). *Historical origins of the health belief model*. In M.H. Becker (eds) *The health belief model and personal health behaviour*. Health Education Monographs, 2: 328-335.
- Rotter J.B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. New York: Prentice Hall.
- Rotter J.B. (1966). *Generalized Expectancies for Internal and External Control of Reinforcement*. Psychological Monographs, 80: 1-28.
- Scheier M.F., Carver C.S. (1992). *Effects of optimism on psychological and physical well being: Theoretical overview and empirical update*. Cognitive Therapy and Research, 16: 201-228.
- Schwarzer R. (1992). *Self Efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model*. In R. Schwarzer (a cura di) *Self efficacy: Thought control of action*. Washington (DC): Hemisphere, pp. 217-243.
- Schwarzer R. (1994). *Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource*. Diagnostica, 40: 105-123.
- Sohng, K.Y., Sohng, S., & Yeom, H.A. (2002). *Health promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States*. Public Health Nursing, 19: 294–300.
- Skinner B.F. (1953). *Science and Human Behavior* . New York: Mac Millan. Traduzione italiana (1971): *Scienza e comportamento*. Milano: Franco Angeli.
- Smith C.A., Haynes K.N., Lazarus R:S., Pope L.K. (1993). *In search of "hot" cognitions: Attributions, appraisals and their relation to emotion*. Journal of Personality and Social Psychology, 65: 916-929.

Spencer, L., Pagell, F., Hallion, M.E. and Adams, T.B. (2002). *Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of the literature*. American Journal of Health Promotion, 17: 7–71.

Strecher, V.J., DeVellis, B.M., Becker, M.H. and Rosenstock, I.M. (1986). *The role of self-efficacy in achieving health behavior change*. Health Education Quarterly, 13: 73–92.

Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano: Mc Graw Hill Publishing Group Italia.

Taylor, M.J. (2000). *The influence of self-efficacy on alcohol use among American Indians*. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 6: 152–167.

Wallston K.A., Wallston B.S., DeVellis M.R. (1978). *Development of a Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale*. Health Education Monographs, 6: 160-170.

Weinstein, N.D. (1993). *Testing four competing theories of health-protective behavior*. Health Psychology, 12: 324–333.

Wing, R.R., Voorhees, C.C. and Hill, D.R. (eds) (2000). *Maintenance of behavior change in cardiorespiratory risk reduction*. Health Psychology, 19 (Suppl. 1).

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on health promotion. Who Geneve.

Yarcheski, A., Mahon, N.E., Yarcheski, T.J., & Cannella, B.L.A. (2004). *Meta-analysis of predictors of positive health practices*. Journal of Nursing Scholarship, 3: 102–108.

La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute

The Ottawa Charter for Health Promotion

1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute

17-21 novembre 1986

Ottawa, Ontario, Canada

La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta questa Carta per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre. Questa Conferenza è stata in primo luogo una risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni si sono incentrate sui bisogni presenti nei paesi industrializzati, ma hanno preso in considerazione aspetti simili in tutte le altre regioni. La Conferenza si è basata sul progresso ottenuto grazie alla Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata, al documento dell'O.M.S. sugli obiettivi della Salute per Tutti e al recente dibattito sull'azione intersettoriale a favore della salute svoltosi nell'Assemblea Mondiale della Sanità.

La promozione della salute

La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

I prerequisiti per la salute

Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il miglioramento dei livelli di salute deve essere saldamente basato su questi prerequisiti fondamentali.

Sostenere la causa della salute

Una buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale ed è una dimensione importante della qualità della vita. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute, ma possono anche danneggiarla. L'azione della promozione della salute punta a rendere favorevoli queste condizioni tramite il sostegno alla causa della salute.

Mettere in grado

La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse. Tutto ciò comprende solide basi su un ambiente favorevole, sulla disponibilità di informazioni, su abilità personali e su opportunità che consentano di fare scelte sane. Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute. Ciò va applicato in egual misura agli uomini e alle donne.

Mediare

I prerequisiti e le aspettative per la salute non possono essere garantiti solo dal settore sanitario. Quel che più conta è che la promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: i governi, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa. Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità. Per la ricerca della salute, i gruppi professionali e sociali e il personale sanitario hanno l'importante responsabilità di mediare tra i diversi interessi presenti nella società.

Le strategie e i programmi di promozione della salute dovrebbero essere adattati ai bisogni locali e alle possibilità dei singoli paesi e regioni, in modo da tenere conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici.

Strumenti d'azione della promozione della salute

Costruire una politica pubblica per la salute

La promozione della salute va al di là dell'assistenza sanitaria. Essa colloca la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute e per far accettare le loro responsabilità nei confronti della salute.

Una politica di promozione della salute richiede che vengano identificati gli ostacoli all'adozione di politiche pubbliche per la salute nei settori non sanitari e i modi per superarli. Lo scopo deve essere quello di fare in modo che le scelte più sane siano quelle più facili da realizzare anche per coloro che compiono le scelte politiche.

Creare ambienti favorevoli

Le nostre società sono complesse e interdipendenti, e non è possibile separare la salute dagli altri obiettivi. Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida globale per il mondo, e allo stesso modo per le nazioni, le regioni e le comunità, è la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci: prendersi cura gli uni degli altri, delle nostre comunità e del nostro ambiente naturale. La conservazione delle risorse naturali in ogni parte del mondo dovrebbe essere enfatizzata come una responsabilità globale.

I cambiamenti dei modelli di vita, di lavoro e del tempo libero hanno un importante impatto sulla salute. Il lavoro e il tempo libero dovrebbero esser una fonte di salute per le persone. Il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana. La promozione della salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli.

E' essenziale che venga svolta una sistematica valutazione dell'impatto che può avere sulla salute un

ambiente in rapida trasformazione, con particolare riguardo alla tecnologia, al lavoro, alla produzione di energia e all'urbanizzazione: tale valutazione deve essere seguita da azioni che garantiscano benefici alla salute delle persone. La protezione degli ambienti naturali e modellati dall'uomo, e la conservazione delle risorse naturali dovrebbero essere considerate in ogni strategia di promozione della salute.

Dare forza all'azione della comunità

La promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute. Al cuore di tutto ciò vi è il processo che attribuisce un maggior potere alle comunità, vi è il possesso e il controllo da parte delle comunità stesse dei loro sforzi e dei loro destini.

Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per aumentare l'auto-aiuto e il supporto sociale e per sviluppare sistemi flessibili che rafforzino la partecipazione e la direzione pubblica sui temi della salute. Ciò richiede un pieno e continuo accesso alle informazioni, la possibilità di conoscere le opportunità di salute e un adeguato supporto finanziario.

Sviluppare le abilità personali

La promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l'informazione e l'educazione alla salute, e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo, si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti, e di fare scelte favorevoli alla salute.

E' essenziale mettere in grado le persone di imparare durante tutta la vita, di prepararsi ad affrontare le sue diverse tappe e di saper fronteggiare le lesioni e le malattie croniche. Ciò deve essere reso possibile a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzativi della comunità. E' necessaria un'azione che coinvolga gli organismi educativi, professionali, commerciali e del volontariato, ma anche le stesse istituzioni.

Riorientare i servizi sanitari

La responsabilità per la promozione della salute nei servizi sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca alla ricerca della salute.

Il ruolo del settore sanitario deve andare sempre più nella direzione della promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi. I servizi sanitari hanno bisogno di adottare un mandato più ampio che sia sensibile e rispettoso dei bisogni culturali. Questo mandato dovrebbe sostenere i bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana e stabilire connessioni tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali, politiche, economiche e dell'ambiente fisico.

Il riorientamento dei servizi sanitari richiede anche una maggior attenzione alla ricerca sanitaria come pure ai cambiamenti nell'insegnamento e nella formazione professionale. Tutto ciò deve portare a una modifica dell'atteggiamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari, che devono ricalibrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua interezza.

Entrare nel futuro

La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di se stessi e degli altri, essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della vita, garantendo che la società in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute.

Assistenza, olismo ed ecologia sono questioni essenziali nello sviluppo delle strategie per la promozione della salute. Quindi, le persone che sono coinvolte dovrebbero assumere come principio guida che in ciascuna fase della progettazione, realizzazione e valutazione della attività di promozione della salute gli uomini e le donne dovrebbero diventare partners alla pari.

L'impegno per la promozione della salute

I partecipanti a questa Conferenza si impegnano:

1. a intervenire nel campo della politica pubblica per la salute e a sostenere un chiaro impegno politico a favore della salute e dell'equità in ogni settore;
2. a contrastare le pressioni a favore dei prodotti dannosi, dell'impoverimento delle risorse, degli ambienti e delle condizioni di vita malsane, di una nutrizione inadeguata; al contrario, si impegnano a focalizzare attenzione su questioni di salute pubblica quali l'inquinamento, i rischi occupazionali, la questione dell'abitazione e degli insediamenti;
3. a riconoscere che le persone costituiscono la maggior risorsa per la salute; si impegnano inoltre a supportarle e a metterle in grado di mantenere sane se stesse, i familiari e gli amici (con mezzi finanziari o con altri mezzi) e ad accettare che la comunità sia una voce fondamentale sui temi della salute, delle condizioni di vita e del benessere;
4. a riorientare i servizi sanitari e le relative risorse verso la promozione della salute e a condividere il potere con altri settori, altre discipline e, cosa più importante, con le persone stesse;
5. a riconoscere che la salute e il suo mantenimento sono un importante investimento sociale e una sfida; a occuparsi del problema ecologico globale rappresentato dai nostri modi di vita.

La Conferenza esorta le parti interessate a unirsi nel loro impegno per una forte alleanza pubblica per la salute.

Appello per un'azione internazionale

La Conferenza invita l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre organizzazioni internazionali a sostenere la causa della promozione della salute in tutte le sedi appropriate e a supportare i diversi paesi nel mettere a punto strategie e programmi di promozione della salute.

La Conferenza è fermamente convinta che la Salute per Tutti entro l'anno 2000 comincerà a diventare una realtà se le persone di ogni ceto sociale, le organizzazioni non governative e di volontariato, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e tutti gli altri organismi coinvolti uniranno le loro forze per introdurre strategie che promuovono la salute in linea con i valori morali e sociali che stanno alla base di questa Carta.