

Ricerca qualitativa

(dalla relazione scientifica)

Disegno dello studio

Un disegno di ricerca qualitativo è in grado di tenere insieme coerentemente "le qualità" dei fenomeni, studiati laddove avvengono (Lincoln & Guba, 1985), cioè i vissuti, le emozioni e le rielaborazioni personali (anche le narrazioni di sé) con il rigore dell'analisi scientifica (Holloway & Wheeler, 2009; Creswell, 2013). Il presente disegno di ricerca, in particolare, si configura come uno studio *multiple methods* (Creswell & Plano Clark, 2007) con due metodi qualitativi QUAL & QUAL (Morse & Niehaus, 2009). Infatti, le domande generative circoscrivono due fenomeni "qualitativi" di studio: il primo riguarda l'esperienza di partecipazione a un *trial* (**prima indagine**), il secondo circoscrive le percezioni (in termini di accettabilità e proiezione sulle possibilità assistenziali future) di persone della popolazione *target* dello screening e dei programmi di disassuefazione (**seconda indagine**). Caratteristica del *multiple method* è la presenza di due componenti di studio parallele che pur necessitando di differenti fonti di dati non utilizzano dati di diversa natura. Per entrambi i metodi i dati sono qualitativi e tra i due metodi non c'è convergenza, pur situandosi all'interno della medesima area di ricerca.

I temi discussi durante l'intervista e il focus group sono stati i seguenti:

- Esperienza di partecipazione al trial;
- Percezione del rischio;
- Esperienza dell'esame diagnostico in termini di teachable moment;
- Percezione dell'impatto dello screening in termini di diagnosi precoce;
- Necessità personali in termini di supporto e informazione per la prevenzione
- Giudizio sulla dimensione "etica" dello screening.

L'intervistatore, per illustrare brevemente in cosa consiste lo screening del cancro del polmone con TAC a bassa dose e quali sono gli effetti desiderati e indesiderati allo stato attuale delle conoscenze, si è avvalso della traduzione italiana dell'opuscolo informativo, che è una traduzione del decision aid messo a punto dall'Agency for Healthcare Research and Quality degli USA (<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/decision-aids/lung-cancer-screening/patient.html>).

Le interviste, della durata di circa 30-40 minuti, sono state realizzate da personale formato dal responsabile di ricerca qualitativa in presenza, online o per telefono. I soggetti hanno firmato la loro accettazione di partecipare allo studio e un consenso informato e al trattamento dei dati.

Lo studio qualitativo ha esplorato le percezioni delle persone fumatrici ed ex fumatrici, rispetto alla proposta di screening con LDCT, fatta contestualmente all'offerta di un programma di disassuefazione. Chiarire i meccanismi psico-comportamentali che determinano le interazioni fra i due interventi (screening e percorso di disassuefazione) è fondamentale per poter disegnare le modalità di un'eventuale implementazione dello screening del polmone che sia sinergica.

Sono stati intervistate 12 persone che avevano partecipato allo studio ITALUNG con esito negativo per tumore, tra cui alcune avevano vissuto un risultato cosiddetto "falso positivo". Nei gruppi di disassuefazione sono state intervistate 13 persone impegnate nel percorso di trattamento.

Figura 5 a, b
Soggetti intervistati distinti per partecipanti

a) a ITALUNG;

Codice	Modalità	Durata	Genere	Età	Educazione	Famiglia	Professione	Abitudine tabagica allo screening		Richiamata/o per accertamenti
								Fumatore	SMESSO dopo lo screening	
01	Online	20'40"	F	75	Secondaria	marito	In pensione	Si	No	No
02	Online	33'13"	M	72	Secondaria	moglie	In pensione	Ex	Si	No
03	Telefono	21'02"	M	75	Terziaria	moglie	In pensione	Ex	No	Si
04	Telefono	18'50"	F	75	Secondaria	vive sola	In pensione	Ex	No	Si
05	Online	21'00"	M	75	Terziaria	moglie	In pensione	Ex	Si	No
06	Telefono	22'28"	F	73	Elementare	marito	In pensione	Si	Si	No
07	Online	28'21"	M	71	Secondaria	Moglie	In pensione	Si	Si	Si
08	In presenza	46'02"	F	74	Secondaria	Marito	In pensione	Si	Si	Si
09	Telefono	21'09"	M	75	Media	Moglie	In pensione	Ex	Si	No
10	Telefono	26'34"	M	72	Media	Moglie	In pensione	Si	No	No
11	Telefono	22'01"	F	71	Secondaria	Vive sola	In pensione	Si	No	No
12	In presenza	52'51"	M	76	Media	Moglie	In pensione	Si	Si	No

b) a gruppi per smettere di fumare.

Numero FG	Modalità	Genere	Età	Educazione	Professione	Programma disassuefazione	Fumatrice/ore
01	Online	F	61	Media	In pensione	No	Ex
01		F	58	Secondaria	Impiegata	Si	Si
01		F	55	Terziaria	Impiegata	Si	Si
01		F	66	Secondaria	Impiegata	Si	Ex
01		F	62	Secondaria	Casalinga	Si	Si
01		F	64	Secondaria	In pensione	Si	Ex
01		M	69	Media	In pensione	Si	Ex
02	Presenza	M	57	Secondaria	Tecnico aziendale	No	Si
02		F	59	Secondaria	Proprietaria di negozio	No	Si
02		M	70	Media	In pensione	No	Si
02		M	65	Secondaria	Libero professionista	No	Si
02		M	61	Media	Impiegato	Si	Ex
02		F	64	Terziaria	In pensione	No	Si

I principali temi di analisi dell'indagine qualitativa sono stati:

- Dinamiche di percezione del rischio
- La proposta dello screening
- Relazione con i sanitari
- Questioni etiche

La conoscenza dell'esistenza del rischio per il forte fumatore è generalizzata e in particolare l'attenzione è rivolta al rischio tumore.

«A me fa venire in mente tumore, l'associa immediatamente a quello, poi so che magari non è l'unico problema che provoca il fumo perché i problemi possono essere tanti, però è la cosa che fa più paura, un po' lo spauracchio forse la cosa più conosciuta è quella» (FG01)

Si è instaurata una convivenza, animata da una moderata preoccupazione (che aumenta se si è vissuta da vicino un'esperienza di malattia) che porta a atteggiamenti oscillanti tra minimizzazione e fatalismo. Un dato interessante è la identificazione di uno stato di rassegnazione sui danni causati dal fumo che ne sancisce l'irreversibilità. («Non è vero che il polmone torna come prima»)

Diverse osservazioni vi sono state relativamente alla situazione di *self-blaming* che colpisce soggetti che si sentono responsabili della loro situazione di rischio e condannati dalla società (e dalle strutture sanitarie) per il loro comportamento. In questi termini la presenza di una paura per lo screening può anche aprire una «breccia» di consapevolezza (di breve durata) e contribuire a rafforzare un processo decisionale da cui imparare a controllarsi di più/accettare i controlli, come lo screening.

«... Gli altri screening sono per malattie che non ti sei autoinflitto, diciamo. Mentre sul fumo sai che se malauguratamente dovesse risultare qualcosa di evidente avresti anche il senso di colpa, il peso di sapere che te lo sei procurato te. Per cui c'è questa differenza qua. Personalmente, se dovessi fare uno screening per altre cose, io stesso avrei meno problemi a farlo. Non nascondo che, invece, fare questo tipo di TAC avrei molti più dubbi e timori nel farla per eventuali risultati avversi...» (FG01).

Vi è talora una richiesta di normalità, di non essere considerati solo in quanto si è fumatori.

«Secondo me deve essere data.. una prevenzione non solo per un discorso... di fumatori, ma per il discorso che anche i polmoni sono un organo e vanno tutelati, ma non improntandolo su un discorso solo di fumatori altrimenti è come sempre bastonare solo le persone che fumano. Secondo me andrebbe messa in maniera un po' diversa, proprio come la prevenzione per tutti gli altri organi» (FG01)

L'analisi qualitativa si è confermata un potente strumento di conoscenza e di comunicazione e i risultati di questo studio saranno pubblicati su una rivista indicizzata. Diversi brani delle interviste sono attualmente inclusi come letture da parte di attori nel video *...Basta con la paura!!* dove costituiscono parte essenziale della ricostruzione di un percorso di prevenzione e disassuefazione che viene presentato e commentato con esperti italiani e internazionali.