

Lo studio qualitativo

Luca Ghirotto

Matías E. Díaz Crescitelli

Unità di Ricerca Qualitativa _ AUSL-IRCCS di Reggio Emilia



Analisi dei meccanismi d'azione psicocomportamentali con cui la proposta di adesione alla TAC spirale agisce sulle abitudini tabagiche e sulla disassuefazione al fumo

Lo studio qualitativo ha esplorato le percezioni di persone fumatrici ed ex fumatrici, rispetto alla proposta di screening con LDCT, fatta contestualmente all'offerta di un programma di disassuefazione

Razionale (1)

- Da un punto di vista qualitativo, lo screening per tumore del polmone è un processo complesso, si rivolge a persone ad alto rischio e spesso affette da comorbidità e determina possibili benefici ma ha anche effetti collaterali negativi da considerare (richiami per noduli, sovra-diagnosi, interventi invasivi).
- I meccanismi con cui lo screening LDCT può contribuire a rendere più efficace l'intervento di disassuefazione non sono chiari.
- I risultati degli studi qualitativi già pubblicati suggeriscono di porre una attenzione particolare agli aspetti relazionali e informativi (medici e sanitari e chi modera gli incontri), indicando quindi la necessità di una rete tra queste due componenti, che tenga conto delle specifiche necessità della persona che decide di intraprendere un percorso di disassuefazione al fumo.

Razionale (2) e obiettivo

- 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.
- Lo studio qualitativo ha esplorato le percezioni di persone fumatrici ed ex fumatrici, rispetto alla proposta di screening con LDCT, fatta contestualmente all'offerta di un programma di disassuefazione

Metodologia

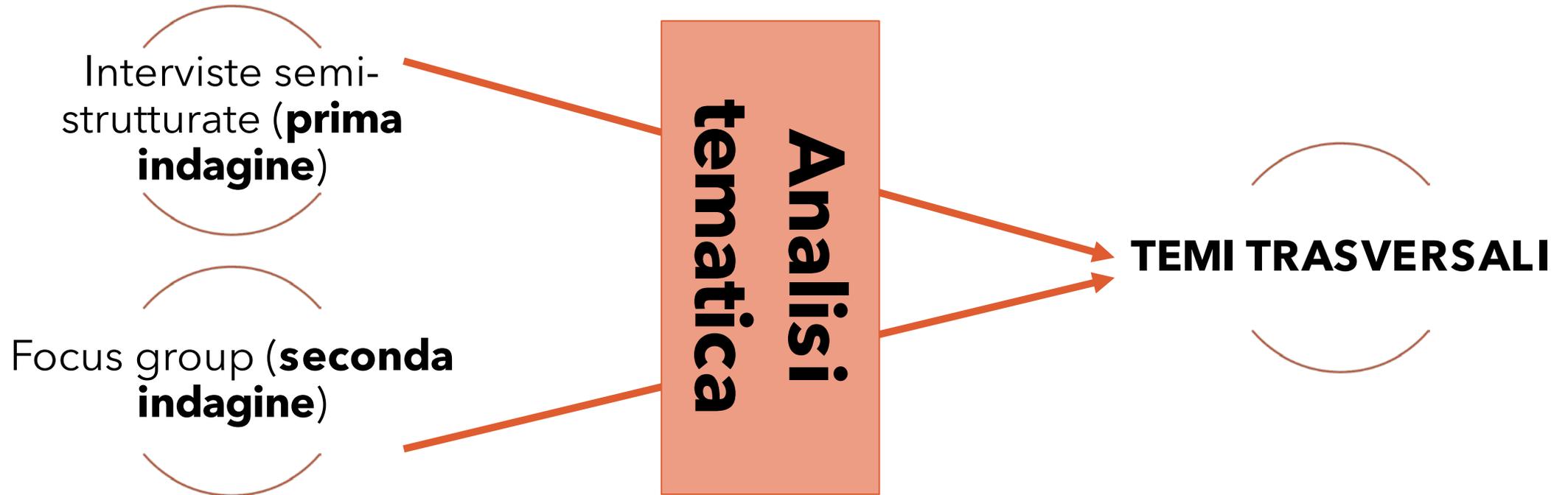
- Disegno di ricerca qualitativa *multiple methods* (Creswell & Plano Clark, 2007) con due metodi qualitativi QUAL & QUAL (Morse & Niehaus, 2009)
 - Comprendere l'esperienza di partecipazione allo screening (all'interno di un *trial* - **prima indagine**)
 - Esplorare le percezioni (in termini di accettabilità e proiezione sulle possibilità assistenziali future) di persone della popolazione *target* dello screening e dei programmi di disassuefazione (**seconda indagine**).
- 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).



Metodologia

- Interviste semi-strutturate (**prima indagine**)
 - Criteri di inclusione: partecipazione a ITALUNG a Firenze o Pisa
 - ITALUNG è stato uno studio randomizzato controllato (RCT) di screening per il tumore al polmone, che confronta la LDCT con le cure abituali, condotto in tre centri di screening toscani (Firenze, Pisa e Pistoia).
- Focus group (**seconda indagine**)
 - Criteri di inclusione: avere un'abitudine di consumo di sigarette e/o aver partecipato a un programma di disassuefazione (a Reggio Emilia)

Metodologia





Risultati

Intervistati n=12

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	Sì	No	No
02	Online	33'13"	M	72	Secondaria	moglie	In pensione	Ex	Sì	No
03	Telefono	21'02"	M	75	Terziaria	moglie	In pensione	Ex	No	Sì
04	Telefono	18'50"	F	75	Secondaria	vive sola	In pensione	Ex	No	Sì
05	Online	21'00"	M	75	Terziaria	moglie	In pensione	Ex	Sì	No
06	Telefono	22'28"	F	73	Elementare	marito	In pensione	Sì	Sì	No
07	Online	28'21"	M	71	Secondaria	Moglie	In pensione	Sì	Sì	Sì
08	In presenza	46'02"	F	74	Secondaria	Marito	In pensione	Sì	Sì	Sì
09	Telefono	21'09"	M	75	Media	Moglie	In pensione	Ex	Sì	No
10	Telefono	26'34"	M	72	Media	Moglie	In pensione	Sì	No	No
11	Telefono	22'01"	F	71	Secondaria	Vive sola	In pensione	Sì	No	No
12	In presenza	52'51"	M	76	Media	Moglie	In pensione	Sì	Sì	No

Partecipanti Focus Group n=13

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	Sì	Sì
01		F	55	Terziaria	Impiegata	Sì	Sì
01		F	66	Secondaria	Impiegata	Sì	Ex
01		F	62	Secondaria	Casalinga	Sì	Sì
01		F	64	Secondaria	In pensione	Sì	Ex
01		M	69	Media	In pensione	Sì	Ex
02	Presenza	M	57	Secondaria	Tecnico aziendale	No	Sì
02		F	59	Secondaria	Proprietaria di negozio	No	Sì
02		M	70	Media	In pensione	No	Sì
02		M	65	Secondaria	Libero professionista	No	Sì
02		M	61	Media	Impiegato	Sì	Ex
02		F	64	Terziaria	In pensione	No	Sì

The background of the slide is a complex, abstract pattern in shades of teal and blue. It features a fractal-like, organic structure with many small, interconnected, branching shapes that resemble a cracked surface or a dense network of fibers. The overall effect is a textured, almost crystalline appearance with varying intensities of color, from deep blues to lighter, almost white highlights.

Tem

(qualitative findings)

Temi

- Dal processo di ricerca
 - Questioni legate alle informazioni ricevute
 - Programma di disassuefazione
 - Sentirsi «interpellati»
- Dall'analisi dei dati
 - Dinamiche di percezione del rischio
 - La proposta dello screening
 - Relazione con i sanitari
 - Questioni etiche



Dal processo di ricerca



Informazioni

- Preoccupazione
- Falsi positivi
 - Biopsia
 - Percentuali



Programma di dissuasione

- Proposta generalizzata
- "non era il momento"
- Non obbligatorietà



Sentirsi interpellati

Dall'analisi dei dati

Dinamiche di percezione del rischio

La proposta dello screening

Relazione con i sanitari

Questioni etiche



Dinamiche di percezione del rischio



Dinamiche di percezione del rischio

- Conoscenza generalizzata
- Convivenza con moderata preoccupazione (che aumenta se si è vissuta da vicino un'esperienza di malattia)
 - Tra minimizzazione e fatalismo
- **Rassegnazione sui danni causati dal fumo** («Non è vero che il polmone torna come prima»)

Conoscenza generalizzata

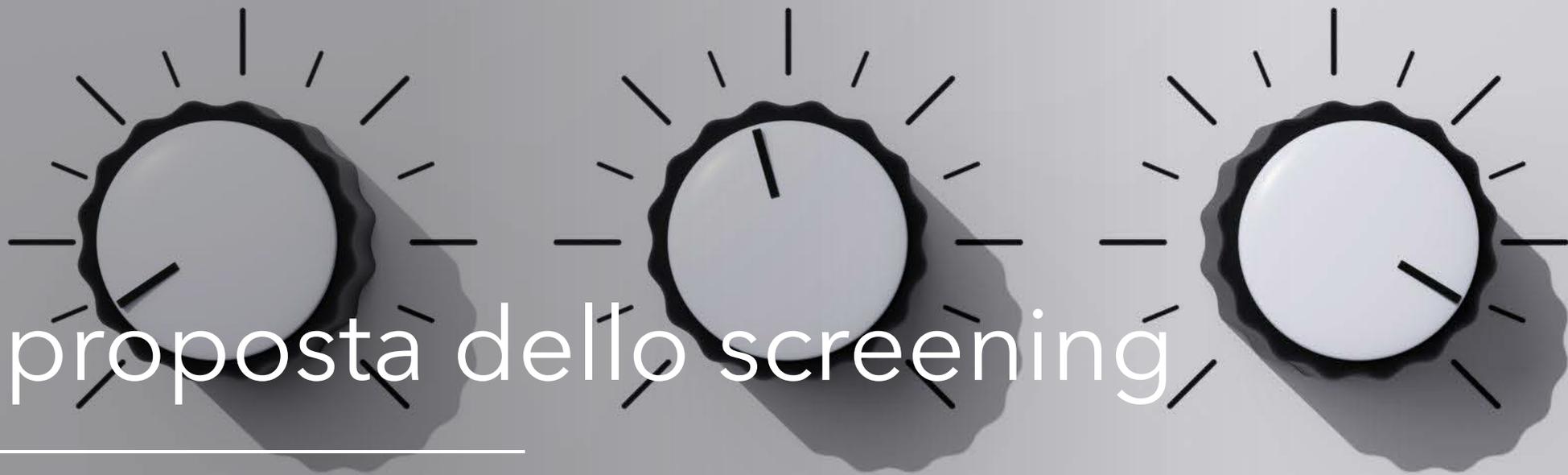
- «A me fa venire in mente tumore, l'associa immediatamente a quello, poi so che magari non è l'unico problema che provoca il fumo perché i problemi possono essere tanti, però è la cosa che fa più paura, un po' lo spauracchio forse la cosa più conosciuta è quella» (FG01)

Convivere con l'idea di rischio

- «Non ho pensato tanto, cioè il tumore chiaramente fa molta paura, però non ho pensato che fosse un tumore così diciamo... non ho familiarità in questo senso e non ho avuto questo tipo di esperienza, e quindi pensando al tumore non pensavo a delle cose così gravi (FG01)
- «Rischio eehhh... Ma per dire la verità non è che ci abbia pensato più di tanto a quello, avevo in mente di smettere e basta» (07)

Dinamiche di percezione del rischio

- **C'è rassegnazione sui danni causati dal fumo?**



La proposta dello screening

Dinamiche legate allo screening

- *Self-blaming*
- Paura apre una «breccia» di consapevolezza (di breve durata)
- (la proposta rafforza un processo decisionale)
- Imparare a controllarsi di più/accettare i controlli

Self-blaming

- «... 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)



Una breccia temporanea

- «Mah, io l'ho reputata una cosa positiva perché questo piano piano ti incita a smettere di fumare, a renderti conto della gravità del fumo, che ormai si sa da tutte le parti, allora, qualche anno fa se ne sapeva di meno, se ne sapeva anche qualche anno fa... ma c'era meno si poteva fumare ancora da tutte le parti. Piano piano lo screening ti fa ragionare per arrivare a smettere di fumare» (02)
- «Ma la paura passa e poi non è che ci pensi più di tanto ecco, se devi pensare quando ti svegli cosa ti potrebbe succedere rimani sempre a letto» (10)

(la proposta rafforza un processo decisionale)

- «Non avevo voglia di ricominciare ecco. Forse è stata la goccia che ha fatto definitivamente traboccare il vaso, ma non lo so, non saprei dirglielo» (03)
- «Mi hanno proposto di smettere e di andare al Centro Antifumo, ho fatto il percorso, degli incontri periodici, in gruppo, andavo, ascoltavo, ma dentro di me avevo la determinazione. Ho utilizzato , come si chiama, Nicorette? La gomma da masticare e dei cerotti ma per poco, non so se hanno fatto effetto placebo o altro, ma io ero molto determinato e ho smesso» (07)
- «Se non ti trovassero niente tireresti magari un sospiro di sollievo e dici forse è proprio ora che smetta, fino adesso mi è andata bene» (FG02)
- «Poi invece arrivata alla maturità mentale e fisica ho cominciato a fare dei controlli, facevo praticamente i raggi ai polmoni e visto che sono sempre andati bene facevo anche sempre il controllo alla gola. Fino a che i risultati erano buoni io avevo detto: per quale motivo dovrei smettere di fumare?» (FG01)

Imparare a controllarsi di più/accettare i controlli

- «lo comunque vengo a tutti i controlli, mi riguardo e mi sento tranquillo per ora. L'ospedale mi dà questa possibilità, di stare tranquillo» (12)
- «Eh un po' di preoccupazione c'è, ma le ripeto, se c'era la possibilità anche ora, poi alla fine se non la fanno, se non trovo da fare la tac spirale uno di questi giorni faccio la tac normale e la pago e via, faccio da me. Ripeto, avrei voluta farla così, anche per tener d'occhio la situazione» (07)
 - *I: Ho capito, lei mi sta dicendo che di questa cosa ne ha una esperienza estremamente positiva e che questa cosa le ha permesso di affrontare il futuro con maggiore fiducia*
- «Sicuramente. Più che con fiducia, con meno preoccupazione...ehm ... meno ansia...perché ad un certo punto era diventato proprio un po' pesante quella paura e quell'ansia e poi vedere mio fratello che non è morto da un giorno all'altro ma nell'arco di 5 anni vedere il suo percorso è stato veramente duro...una cosa...va beh...» (04)
- «Per un po' perché mi sentivo un po' abbandonata, avevo la sindrome dell'abbandono"
 - *I: Ha deciso di continuare da sola... Ha continuato per controllarsi*
- Sì sì (08)



Relazione con i professionisti sanitari



Dinamiche di relazione

- Desiderare una comunicazione non stigmatizzante
- Richiedere una relazione e una testimonianza
- I controlli: «*really teachable moments*»!

Una comunicazione senza stigma

- «Poi c'è stato, la cadenza esatta non mi ricordo, ma l'ultima visita l'ho fatta mi sembra 3 anni fa, boh così, mi fecero visitare anche da uno pneumologo che mi fece anche la TAC e mi consigliò di smettere e che c'erano dei rischi. "Lei se la cerca" mi disse, o qualcosa del genere, "però controlli non se ne fanno più lei ha compiuto 70 anni" (07)
- «Secondo me deve essere data come 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)
- «Cioè il fatto di dire: ma alla fine è una tua libera scelta in qualche modo, quella di fumare; quindi, perché il Servizio Sanitario deve spendere dei soldi in più? Questo penso possa essere una contestazione che venga avanti in effetti» (FG01)

Reciprocità

- «Non è molto incentivante voglio dire. Se tu mi devi dare l'esempio per smettere di fumare e mi fumi davanti» (FG02)
- «Tutti quanti i medici, tra cui il mio medico che mi inserì in questo studio che lui fumava 40 sigarette al giorno e mi diceva "lei deve fare quello che dice il medico non quello che fa il medico"» (04)

I controlli

- I: *Quando il suo medico di medicina generale gliel'ha detto, cosa ha pensato, come si è sentito?*
- Mi son sentito bene, perlomeno c'è qualcuno che mi dà delle spiegazioni, che mi consiglia cosa fare (09)
- «Le TAC non hanno influito... hanno influito di più i controlli. Anche perché i medici facevano un po' di lavaggio del cervello secondo me (*ride*) e quindi niente. Col fatto che dovevo tornare al controllo e dirgli se avevo diminuito mi rendeva un po'... come dire? Consapevole di cosa stavo facendo e quindi cercavo di presentarmi ai controlli in base a quello che mi avevano detto la volta precedente (11)



Questioni etiche





Questioni etiche

- Eticità della proposta di screening a fumatrici/ori
- Costi della prevenzione VS costi delle cure oncologiche
- Etica pubblica

Eticità

- «Distinguerei un attimo: lo screening serve per prevenire delle morti o lo screening serve per persuadere dal fumo? Allora, nel primo caso penso sia utile, poi è vero, ci sono i falsi positivi, eccetera, ma sicuramente, come tutti gli screening di massa penso che sia utile per cercare di cogliere magari all'inizio se c'è un problema ed evitare delle morti; quindi, personalmente io sono a favore» (FG01)
- «Perché è una cosa giusta. Soprattutto per chi è tanti anni che fuma e non fa mai controlli uno screening è giusto ci sia, anche per i polmoni» (11)



Costi

- «Penso che non vengano buttati via i soldi» (08)

Etica pubblica

- «Ma che lo Stato si impegni così tanto adesso a fare anche questo screening anche sugli ex fumatori, eccetera, è chiaro che devi prendere a campione in base all'età e in base a quanti anni hanno fumato, cioè un certo tipo di logica, di percentuale di persone, perché se no allora tutti i fumatori siamo in parecchi, non è che ce ne siano pochi. E se smettesse di venderle le sigarette?» (FG02)
- «Perché forse gli costa di più curare i mali dei tumori ai polmoni che guadagnare sul monopolio del tabacco» (FG02)

Punti di forza e di debolezza

Uno sguardo complessivo _ chi ha avuto esperienza e chi potrebbe averla in futuro

Più valutatori

Confronto con stakeholder internazionali

Ipotesi di lavoro ancora aperte (come si informa il cittadino? Quale accettabilità/impatto ha il programma?)

Non chiare le implicazioni sugli stili di vita (risultati negativi in relazione all'abitudine tabagica/rassegnazione)



Implicazioni operative

Accogliere (per elaborare insieme) le convinzioni + positività/good news



Implicazioni operative

Necessità di dotarsi di strumenti per valutare in che momento si trova il partecipante



Grazie al
gruppo di
lavoro!

Valentina Bessi
Claudia Bricci
Francesca Corradi
Silvia Marini
Silvia Stoppa
Daniele Pellegrino



E grazie ai colleghi
del comitato
scientifico e degli
enti promotori!