

Prerequisiti della convivenza entro i contesti di promozione e tutela della salute. *Lo screening mammografico al nord e al sud d'Italia*

Emanuela Saita, Chiara Zuliani, Sara Molgora, George Bonanno

	<h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 9, n° 3, Dicembre 2014</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	--

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

Prerequisiti della convivenza entro i contesti di promozione e tutela della salute. *Lo screening mammografico al Nord e al Sud d'Italia*

Autore	Ente di appartenenza
Emanuela Saita	<i>Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>
Chiara Zuliani	<i>Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>
Sara Molgora	<i>Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>
George Bonanno	<i>Columbia University di NYC</i>

To cite this article:

Saita E., Zuliani C., Molgora S., Bonanno G., (2014), Prerequisiti della convivenza entro i contesti di promozione e tutela della salute. *Lo screening mammografico al Nord e al Sud d'Italia*, in *Narrare i Gruppi*, vol. 9, n° 3, Dicembre 2014, pp. 185-199 - website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.

Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nella clinica

Prerequisiti della convivenza entro i contesti di promozione e tutela della salute. *Lo screening mammografico al Nord e al Sud d'Italia*

Emanuela Saita, Chiara Zuliani, Sara Molgora, George Bonanno

Riassunto

La ricerca medica ha ampiamente dimostrato l'importanza delle strategie di diagnosi precoce nel contrastare il manifestarsi della patologia oncologica, in particolare per il tumore della mammella, che - diagnosticato in fasi iniziali - consente una sopravvivenza a cinque anni nel 97% dei casi. Per questa ragione il Servizio Sanitario Nazionale finanzia un programma di prevenzione che propone a tutte le donne residenti in Italia, di età compresa tra i 48 e i 69 anni, una mammografia ogni due anni.

Tuttavia, le stime dell'Osservatorio Nazionale Screening indicano alcune importanti differenze tra le regioni del Nord e quelle del Sud d'Italia nell'adesione al programma da parte delle donne.

Il presente contributo si pone l'obiettivo di esplorare le ragioni di questa discrepanza, ipotizzando che la dimensione della fiducia nelle strutture sanitarie sia prerequisito per l'instaurarsi di una relazione stabile tra soggetti e istituzioni e, quindi, fondamento della possibilità di una buona convivenza, e che assuma pertanto un ruolo basilare nel determinare l'accesso delle donne al programma di screening nazionale: 32 donne di nazionalità italiana, di età compresa tra i 48 e i 65 anni (M= 53, SD= 5.26), delle quali 17 residenti al Nord (Milano e dintorni), 15 al Sud (Napoli e dintorni) hanno preso parte a 5 Focus Group sul tema in oggetto. Le analisi relative al *verbatim* dei gruppi, condotte attraverso l'utilizzo di due software per l'analisi testuale (ATLAS.ti e T-LAB) hanno evidenziato importanti differenze tra Milano e Napoli nella simbolizzazione affettiva del contesto da parte delle donne che in quel contesto convivono. Nello specifico, le strutture del Sud sono caratterizzate - a giudizio delle donne - da "incompetenza", il che pone grosse limitazioni alla probabilità che il bisogno di una diagnosi precoce "conviva" con la possibilità che le organizzazioni sanitarie possano offrire una risposta adeguata.

Parole chiave: diagnosi precoce, tumore, convivenza, fiducia.

*Promotion and Health Care in Various Coexistence Contexts.
Breast Screening in the North and South of Italy*

Abstract

The effectiveness of early detections of cancer masses has been widely demonstrated by medical research; this kind of diagnosis is particularly important in the cases of breast cancer. A diagnosis of this form of cancer at its early phases, in the 97% of cases allows women to

survive at least five years after it. For this reason the Italian healthcare system promotes and finances a breast cancer screening program - that consists in a free mammogram every two years - addressed to all women living in Italy ranging in age between 48 and 69 years.

Although this important program, statistics shown by the *Osservatorio Nazionale Screening* reveal a big numeric gap, comparing the regions of the North and the South of the country, referring to the adherence rate.

This study aims at exploring the reasons for this discrepancy, assuming that the trust in health care facilities is a prerequisite for a stable relationship between people and institutions and, therefore, the basis of social coexistence; so the trust, or not, in the local hospitals determines women's access to the national screening program. In order to answer the research questions of this study we chose to use the focus group technique: 32 Italian women, ranging in age between 48 and 65 years ($M= 53$, $SD= 5.26$), 17 living in the North (in or around Milan) and 15 living in the South (in or around Naples) of Italy, took part to a 5 Focus Group concerning breast cancer prevention. The analysis on the groups' verbatim, done with software allowing a text analysis (ATLAS.ti and T-LAB), highlighted important differences in the way northern and southern subjects emotionally symbolize the context where they live and coexist. The southern hospitals are considered, by the women who live in this geographic area, as places characterized by "incompetence"; this consideration limits the probability that the need of an early detection "coexists" with the possibility that these hospitals would give an appropriate answer to it.

Keywords: early detection, cancer, coexistence, trust

1. Introduzione

Il quadro concettuale del presente lavoro prende spunto dall'ampiamente conosciuta definizione di salute che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha diffuso durante la Conferenza di Alma Alta (URSS, 6-12 Settembre 1978), dove la salute è stata definita come un completo stato di benessere fisico, psicologico e sociale.

È di tutta evidenza come tale definizione si opponga ad un riduzionismo medico e rimandi al modello bio-psico-sociale (Engel, 1977) che esprime una modalità di concepire ed avvicinare il problema della salute/malattia che oltrepassa i "confini" del singolo individuo: i concetti di salute e malattia, infatti, non possono certo essere considerati "epidermici" sebbene il disturbo sia collocabile *entro* un organismo, poiché sul singolo e sul suo stare bene/male gravita l'insieme delle sue relazioni significative siano esse di coppia, di famiglia e comunitarie.

In questa prospettiva il corpo non può essere considerato come confine materiale dell'individuo (Saita, 2012), ma deve essere pensato come parte di un sistema di relazioni caratterizzato dallo scambio.

Tale concezione rimanda al tema della convivenza sociale che, in questi ultimi anni, è stato oggetto di ampio interesse nei diversi ambiti delle scienze sociali (psicologia, sociologia, pedagogia), in particolare l'argomentazione antropologica ne ha individuato la ragione ultima nella garanzia di sopravvivenza sociale, favorita da forme di reciprocità e di solidarietà (Lévi-Strauss, 1949; Mauss, 1923); tuttavia il più specifico tema della convivenza entro i contesti di promozione e tutela della salute, al confine tra livello sociale ed organizzativo-istituzionale, appare meno trattato, forse a motivo della sua complessità. Si tratta, infatti, di una questione che implica una riflessione anche sul contesto, rappresentato dal sistema sociosanitario, e sul suo funzionamento, ad esempio quanto le procedure nell'erogazione dei servizi siano adeguate ai bisogni della po-

polazione piuttosto che orientate ad aspetti burocratico-informatico-legali fondati sull'idea che esiste un ipotetico ed astratto utente che incontra una struttura funzionante grazie a regole meccanico-procedurali (Cigoli *et al.*, 2006). Di fatto il sistema sanitario italiano si è via via sempre più organizzato sulla razionalità del pensiero scientifico, senza dubbio necessaria per poter approntare forme di cura e di prevenzione realmente efficaci, il che tuttavia fa correre il rischio di negare ed espellere dinamiche e processi mentali caratterizzati emozionalmente, oltre che estromettere gli aspetti di relazione interpersonale a beneficio di una supposta efficienza.

Il rimando è al processo di *interiorizzazione delle relazioni* (Fiore, Lo Verso, 1994) e, epistemologicamente, ad una scienza psicologica non unicamente orientata ad osservare e descrivere, quanto piuttosto anche ad attivare prassi trasformative; ciò appare particolarmente rilevante rispetto al tema della salute e della malattia, proprio perché questi concetti devono essere considerati in termini di processo e non come uno stato (Bertini, 2012).

Interpretare le problematiche connesse al tema della salute nella prospettiva della convivenza implica, dunque, che la ricerca sia rivolta al cambiamento sociale e allo sviluppo; tuttavia è questo un ambito nel quale teoria e prassi risultano sovente scarsamente articolati tra loro, con evidente danno per quell'atteggiamento mentale del "*cambiare esplorando*" (Di Maria, Di Nuovo, 1981) necessario a un reciproco arricchimento sia del lavoro di ricerca, sia della trasformazione del *sistema sanitario* e delle *politiche* per la salute.

Queste riflessioni introducono allo scopo del presente contributo. Desideriamo infatti trattare alcune questioni inerenti una discrepanza evidenziata dalle stime dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS, Decimo Rapporto 2012) tra le regioni del Nord e quelle del Sud Italia nell'adesione ai programmi di prevenzione per il tumore al seno. Nello specifico, il riferimento è allo screening mammografico offerto dal Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN) ogni due anni a tutte le donne residenti in Italia di età compresa tra i 48 e i 69 anni, opportunità allineata alle più recenti scoperte della ricerca medica che ha ampiamente dimostrato l'importanza della diagnosi precoce nel contrastare il manifestarsi della patologia oncologica, in particolare per il tumore della mammella che, se diagnosticato in fasi iniziali, consente una sopravvivenza a cinque anni nel 97% dei casi.

La letteratura psicologica ha tuttavia dedicato scarse risorse all'esplorazione delle dinamiche che possono facilitare, oppure ostacolare l'assunzione di comportamenti preventivi, privilegiando spesso aspetti connessi alla comunicazione della diagnosi di malattia o alle strategie di *coping* adottate nell'affrontare il cancro e le sue implicazioni mediche (soprattutto rispetto alle cure) e relazionali con il *caregiver* e altri membri della famiglia (Acitelli, 2002; Alberisio, Viterbori, 2002; Baider, Kaplan De-Nour, 1984; Bonanno *et al.*, 2010; Meerwin, 1989; Northouse, 1988; Northouse *et al.*, 2006; Orrù *et al.*, 2002; Revenson, 1994). Occorre ricordare, inoltre, come il tumore al seno assuma un'importante valenza simbolica soggettiva, ad esempio rispetto alla dimensione della sessualità e dell'identità di genere, ma proponga anche rimandi collettivi, pensiamo ad esempio al tema della femminilità e a quello della madre nutrice (Cohen *et al.*, 1998; Ganz *et al.*, 1998; Orlandelli *et al.*, 2009; Schover, 2008; Schover *et al.*, 1995).

Sono queste le motivazioni che sostengono la necessità di analizzare i significati e le funzioni assegnate allo *screening* mammografico, in altre parole alla *dinamica della convivenza* entro il SSN rispetto alla prevenzione del tumore al seno, in una prospettiva orientata a potenziare le prassi tradizionali e a modificarle in funzione di un benessere

individuale e sociale che può scaturire solo dalla promozione di forme adeguate di convivenza.

2. L'esplorazione attraverso la ricerca

Come già anticipato, la presente ricerca trova le sue origini nella discrepanza evidenziata tra le regioni del Nord e quelle del Sud d'Italia nell'adesione al programma di *screening*. Tale questione è di particolare interesse per la psicologia che vede la possibilità di esplorare un fenomeno considerando sia aspetti di natura personale che dinamiche più prettamente sociali e comunitarie in modo concreto e trasformativo (Lewin, 1951; Politzer, 1928). Presentiamo meglio questi aspetti.

2.1. Obiettivi

La ricerca, di natura esplorativa, si propone l'obiettivo di delineare alcune caratteristiche cognitive ed emozionali della rappresentazione del tumore al seno e della conseguente possibilità di prevenzione in donne in età a rischio di insorgenza di questa patologia oncologica.

Nello specifico si intende effettuare un confronto tra donne residenti al Nord e al Sud del paese, considerando Milano e Napoli due città che -seppur in modo non esaustivo- possono ben evidenziare le specificità dei due contesti considerati. Ipotizziamo, infatti, che la cultura ed il contesto nel quale le donne vivono influenzino sia la rappresentazione che l'azione preventiva verso il tumore sulla base di differenti rapporti di appartenenza e di fiducia con istituzioni e persone che si occupano di salute.

In considerazione di ciò l'obiettivo viene declinato in specifiche domande di ricerca.

1) Qual è la rappresentazione che le donne hanno dei concetti di salute e di malattia? Si ipotizza che tale rappresentazione influenzi il modo di rapportarsi alla prevenzione.

2) Quali sono le forme di prevenzione di tumore al seno (primaria e/o secondaria) che le donne conoscono? Si ipotizza che tale conoscenza sia determinata dalla distanza/vicinanza con i Servizi sul territorio che si occupano di salute.

3) Quali sono le forme di prevenzione di questa patologia che le donne mettono in atto, con particolare riferimento alla *screening* mammografico proposto dal SSN? Si ipotizza che tale azione sia coerente con la conoscenza e le informazioni acquisite.

4) Quali sono i fattori che motivano, e quali quelli che inibiscono, le donne a fare prevenzione di tumore alla mammella?

5) Quali sono le emozioni (positive e/o negative) che le donne esperiscono nell'esperienza di prevenzione di tumore alla mammella?

6) Quale livello di soddisfazione/insoddisfazione le donne presentano?

Per queste ultime tre domande si ipotizza che elementi personali siano intrecciati ad elementi di contesto.

2.2. Strumenti

Per rispondere a tali domande si è scelto il *Focus Group* (FG), valido strumento per la comprensione di aspetti inconsci della motivazione e dei comportamenti riguardo uno specifico tema (Krueger, 1994) e utile nel condurre i soggetti ad esprimere idee ed emozioni che con minor facilità emergerebbero in un'intervista (Stagi, 2000). Le dinamiche di gruppo infatti facilitano l'individuazione e l'espressione di importanti aspetti concernenti la tematica in oggetto (Colombo, 1997; Morgan, 1998; Oprandi, 2001). Nello specifico abbiamo scelto di condurre dei mini-group (costituiti da 4-7 persone), ritenuti maggiormente adatti ad indagare temi di ricerca particolarmente sensibili. Gruppi di questo tipo infatti garantiscono maggior intimità nell'espressione del proprio pensiero e nel racconto di personali esperienze di vita, inoltre consentono di avere maggior tempo a disposizione per ogni partecipante (Zammuner, 2003).

È stato dapprima condotto un FG pilota, utile per la corretta strutturazione dei FG successivi sia per determinare la traccia che meglio consentisse di rispondere alle domande della ricerca, definirne i tempi e permettere ai ricercatori di individuare i punti critici e quelli cruciali (questo FG non è stato considerato per le analisi). Quindi sono stati realizzati cinque FG, tre nella città di Milano e due a Napoli. Tutti i gruppi hanno visto la compresenza di un moderatore e di un osservatore. La durata media dei FG è stata di 90 minuti.

I dati di natura testuale provenienti dai FG (registrati e integralmente trascritti), sono stati analizzati con l'ausilio dei *software* ATLAS.ti (Chiarolanza, De Gregorio, 2007; Muhr, 2008) e T-LAB (Lancia, 2004). L'utilizzo di *software* CAQDAS, in cui rientrano quelli utilizzati in questo studio, consente al ricercatore di analizzare una grande quantità di dati di tipo qualitativo, con il supporto di uno strumento informatico, incrementando così il rigore e l'affidabilità delle analisi. Nello specifico, ATLAS.ti ha permesso di effettuare un'analisi del contenuto sui testi a nostra disposizione. Attraverso un processo di codifica delle discussioni provenienti dai FG, è stato possibile individuare le principali categorie tematiche attorno alle quali il discorso delle donne si sviluppa. La creazione dei codici ha avuto origine sia dall'analisi della letteratura sull'argomento sia dalla esperienza dei ricercatori sui temi affrontati. Inizialmente il processo di codifica è stato effettuato da due ricercatori in maniera indipendente, in un secondo momento il confronto e la discussione fino a trovare un accordo sui casi discordanti hanno permesso una comparazione dei codici individuati e dei significati ad essi attribuiti. La creazione di nuovi codici (o l'eliminazione di codici inizialmente ipotizzati, successivamente non individuati nelle discussioni) ed il confronto tra giudici sono proseguiti anche durante la lettura del *verbatim* in quell'ottica di ricorsività che caratterizza la ricerca qualitativamente orientata.

In un secondo momento T-LAB ha consentito, attraverso l'analisi delle specificità, di individuare le parole utilizzate da ciascun gruppo geografico (Nord/Sud). Questa tipologia di analisi, basata sul *test* del *chi quadrato* e grazie all'*occorrenza* della parola, permette l'individuazione delle parole tipiche (per eccesso e per difetto) e quelle esclusive di ciascun gruppo.

L'uso congiunto di questi due *software* consente al ricercatore di studiare il tema in oggetto secondo diverse prospettive; i due strumenti permettono infatti di indagare contemporaneamente aspetti di contenuto e aspetti di linguaggio, entrambi fondamentali per una comprensione approfondita delle rappresentazioni dei soggetti.

2.3. Partecipanti

Hanno partecipato allo studio 32 donne di età compresa tra i 48 e i 65 anni (M= 53, DS= 5.26); 17 soggetti sono originari e residenti a Milano e dintorni, 15 sono originari e residenti a Napoli e dintorni. Il *range* di età è stato scelto sulla base del rischio per l'insorgenza di tumore mammario e rispecchia quello di inclusione del programma di prevenzione del SSN di cui si è detto nell'introduzione.

Le donne sono state reclutate tramite *snowball sampling* (Baldy, 2005); tutti i soggetti contattati hanno accettato l'invito.

Un aspetto rilevante riguardante i soggetti è la molteplicità di esperienze che li caratterizza: 26 donne non hanno mai avuto contatti diretti con il tumore alla mammella, 4 in passato hanno ricevuto una diagnosi di questa patologia, ma sono state curate con successo, mentre 6 donne hanno esperito indirettamente questa patologia tramite la diagnosi ad una persona significativa della cerchia familiare o amicale. Tutti i FG condotti sono caratterizzati dalla combinazione di queste diverse condizioni.

2.4. Risultati

Iniziamo con la descrizione dei risultati relativi alle analisi effettuate con il *software* ATLAS.ti. Tali analisi hanno permesso l'individuazione di 14 macro-codici, in cui sono inclusi 62 codici, attorno ai quali si sviluppa il discorso delle donne. Attraverso i macro-codici sono stati classificati i temi principali trattati durante le discussioni¹, questi risultano comuni a tutti i gruppi, al Nord e al Sud. È attraverso l'utilizzo dei codici, cioè i diversi "livelli" di declinazione di ciascun macro-codice, che è possibile individuare le differenze caratterizzanti le rappresentazioni. La descrizione che segue è una sintesi relativa ai differenti codici utilizzati nelle due aree geografiche considerate.

Differenze sono osservabili nella modalità di concepire e di definire la malattia da parte dei due gruppi di donne: sebbene la malattia venga sempre caratterizzata da emozioni connotate negativamente, quali la *paura*, l'*ansia* e l'*angoscia*, al Nord questo nucleo tematico è affiancato dall'idea di malattia quale momento di *dipendenza* e di *limitazione della propria vita* che ha come conseguenza il timore di dover dipendere da altri e il condizionamento *della progettualità*, quindi è necessario *reagire con forza* alla malattia; al Sud l'idea di malattia è connessa alla necessità di *ricercare dei "medici giusti" ai quali affidarsi*. Nessuno dei soggetti appartenenti a questo gruppo cita la possibilità di *reagire* alla condizione di malattia. Per ciò che attiene il concetto di salute, la definizione condivisa rimanda a una condizione di *equilibrio psico-fisico*, a sottolineare l'importanza della serenità e della tranquillità psicologica; non sono emerse differenze di significato tra i due gruppi, sebbene le donne del Nord mostrino di possedere un più ampio bagaglio di conoscenze rispetto alle tecniche di prevenzione ad oggi disponibili. Esse si riferiscono sia a tecniche di prevenzione primaria che secondaria.

¹ I macro-codici individuati sono: definizione salute, definizione malattia, conoscenza delle tecniche di prevenzione del tumore al seno, pratiche di prevenzione del tumore al seno, regolarità nella pratica preventiva, fattori motivanti e fattori scoraggianti le azioni di prevenzione del tumore al seno, vantaggi e svantaggi nel praticare prevenzione del tumore al seno, emozioni connesse all'idea di praticare tale prevenzione, ricezione invito allo screening mammografico, emozioni connesse alla ricezione dell'invito, soddisfazione/insoddisfazione per screening mammografico, emozioni esperite nel sottoporsi ad una mammografia.

‘Devi mangiare in un certo modo, ci sono una serie di alimenti che non dovrebbero mai mancare sulla nostra tavola, ad esempio i semi di lino...’

‘Dopo la mia esperienza [di malattia]mi sono interessata e ho capito che la prevenzione non è solo fare la mammografia, ma è uno stile di vita’

Diversamente le donne del Sud mostrano un livello di conoscenza delle tecniche di prevenzione del tumore alla mammella inferiore, non citano pratiche di prevenzione primaria, bensì solamente tecniche di prevenzione secondaria quali la mammografia, l'ecografia e la visita senologica.

Coerente con le conoscenze è il comportamento: al Nord la prevenzione del tumore alla mammella è perseguita anche attraverso una dieta equilibrata, regolare esercizio fisico, astensione del fumo e costanza nel sottoporsi ad esami (mammografia ed ecografia ogni uno o due anni); al Sud ci si limita agli esami effettuati dal medico, mentre nessuna pratica l'autopalpazione per il timore di non saperla eseguire bene e di allarmarsi al tatto di masse sospette.

‘L'autopalpazione l'ho citata, ma non la faccio perché mi mette ansia’

La principale motivazione addotta dalle donne del Nord a fare prevenzione di tumore alla mammella rimanda all'obbligo: un forte senso del dovere e una espressione di rispetto verso i propri familiari (in particolar modo il marito ed i figli):

‘È un compito che, quale donna, devi fare’

Le donne del Sud motivano la propria scelta di prevenzione sia come interesse e cura della propria persona sia con timori mossi dall'identificazione con donne colpite da questa patologia:

‘Lo faccio per me stessa’

‘Qui ci conosciamo tutti e sappiamo i fatti di tutti.. ho iniziato a fare prevenzione perché una mia coetanea giovanissima aveva un problema al seno, e allora sono andata per la prima volta dal senologo e come me tante altre ragazze’

Comune ai soggetti di entrambi i gruppi è la motivazione che scaturisce da esperienze personali, come l'aver assistito ed essersi prese cura di persone care (madre, sorella, amica stretta) affette da questa patologia.

Le emozioni che le donne sperimentano nel praticare prevenzione sono le medesime associate alla malattia: paura, angoscia, ansia. Pochi i soggetti, e tutti appartenenti al gruppo del Nord, sono in grado di riconoscere sensazioni positive quali serenità e tranquillità, connesse all'idea che la prevenzione fa sentire rassicurate e protette circa l'eventualità di malattia, perché è comunque un modo di prendersi cura della propria salute.

Per ciò che attiene la soddisfazione emergono le differenze più rilevanti tra i due gruppi e si evidenziano modalità di approccio al programma di *screening* mammografico assai diverse. Tutte le donne del Nord sono a conoscenza del programma, asseriscono di ricevere a casa la lettera di invito e partecipano allo *screening*, inoltre si dichiarano altamente soddisfatte del servizio offerto dal SSN.

*'Io ho un senso di gratitudine nei confronti dell'ASL per questa iniziativa'
'E' un programma molto positivo e ben organizzato'*

Al contrario, solo una minoranza dei soggetti appartenenti al gruppo del Sud (cinque donne) dichiara di conoscere il programma e di aver ricevuto a casa la lettera di invito, nessuna però ha deciso di parteciparvi perché non soddisfatta del servizio offerto. Questa insoddisfazione risulta frutto di un pregiudizio nei confronti del SSN, in quanto tali donne dichiarano di non aver *mai* preso parte al programma e di preferire effettuare l'esame privatamente, così da poter scegliere la struttura ospedaliera ed il professionista al quale affidarsi, oltre che di avere la possibilità di ricevere immediatamente il referto². Queste donne affermano di “temere” il referto e di non sopportare l'ansia che l'attesa provoca.

'Purtroppo è un problema di mentalità. Qui al Sud i tempi sono sempre più stretti, pare di essere in Africa'

Veniamo alle analisi effettuate con T-LAB. L'analisi delle specificità consente di meglio evidenziare le differenze tra i due gruppi, attraverso un'analisi del linguaggio specificamente utilizzato per parlare di queste tematiche.

Osservando la Tabella 1 si nota che il termine *madre*³ è quello che maggiormente caratterizza i discorsi delle donne del Nord (per altro con un valore del *chi quadrato* piuttosto elevato), subito seguito dalla denominazione della malattia come *cancro*. Per questi soggetti risulta inoltre importante l'azione del *sentire*, spesso riferita al contatto con il proprio *corpo* e ai propri *bisogni*. Altre parole tipicamente usate dalle donne del Nord costituiscono un rimando a ciò che accade nella *vita*, alla necessità di individuare elementi che diano *sicurezza*, di condividere (*parlare*) l'*esperienza* che ciascuno ha vissuto.

Tabella 1. Specificità del Nord

LEMMA	CHI ²
Madre	11,61
Cancro	9,00
Sentire	7,02
Corpo	6,44
Bisogni	6,44
Vita	6,44
Sicurezza	6,08
Parlare	5,31

² Il programma di *screening* mammografico è strutturato in un'organizzazione temporale alquanto rigida. Le donne che si sottopongono alla mammografia partecipando a questo programma solitamente ricevono il referto dell'esame alcuni giorni/settimane dopo averlo effettuato.

³ È opportuno precisare che i commenti alle specificità sono stati realizzati dopo la rilettura dei contesti elementari (cioè all'incirca le frasi) in cui le parole sono state utilizzate; essi non vengono riportati nel testo per necessità di sintesi.

Considerando le parole tipiche delle donne del Sud (Tabella 2) possiamo osservare come il discorso sia diversamente connotato. La parola con valore statistico più alto è *medico*, seguita da modalità tecniche riconducibili alla *prevenzione secondaria*. Sembrano inoltre particolarmente rilevanti parole come *problema*, *paura*, *difficoltà*, *emozioni negative* che connotano negativamente la tonalità discorsiva e, presumibilmente, l'esperienza oggetto del FG, cioè il fare prevenzione di tumore alla mammella e, da quegli stessi esami, ricevere una diagnosi.

Tabella 2. Specificità del Sud

LEMMA	CHI2
Medico	13,54
Tecniche prev_sec	8,79
Problema	7,22
Capire	5,94
Senologo	5,88
Paura	5,61
Difficoltà	5,46
Pensare	5,15
Emoz_neg	5,12

3. Discussione

I risultati della presente ricerca, seppur esplorativi, ci sembrano importanti per due ordini di ragioni: consentono di conoscere meglio le rappresentazioni e le modalità di azione preventiva delle donne circa la patologia oncologica mammaria; inoltre, consentono di evidenziare le differenze nel modo in cui la prevenzione del tumore alla mammella è concepita a seconda del luogo di origine e del contesto nel quale le donne sono cresciute e vivono.

Sebbene la malattia sia sempre rappresentata e vissuta negativamente, alcune donne (quelle residenti al Nord) sembrano avere chiara la necessità di assumere un ruolo attivo, 'reattivo' di fronte alla possibile diagnosi, perché a loro giudizio la salute è importante per se stesse, ma anche per i familiari (dai quali non vogliono dipendere - in caso di malattia - ma dei quali vorrebbero sempre prendersi cura⁴). L'attenzione alla prevenzione dunque non è esclusivamente autocentrata e assume le forme della prevenzione primaria e secondaria, oltre che di regolarità nella pratica, in linea con il servizio di screening offerto dal SSN; le donne del Nord si dichiarano soddisfatte perché si sentono supportate nell'attività di prevenzione e, di conseguenza, provano un senso di

⁴Le donne di questo gruppo spesso fanno riferimento al desiderio di voler tramandare alle figlie femmine le loro conoscenze riguardanti la prevenzione del tumore alla mammella. Inoltre dichiarano l'importanza che per loro assume la possibilità di prendersi cura anche degli altri membri del nucleo familiare rispettando alcune importanti tecniche di prevenzione primaria (in particolare la scelta della dieta).

“gratitudine” ogni qualvolta ricevono l’invito allo *screening*. Le analisi ci hanno consentito, inoltre, di evidenziare come le produzioni discorsive di queste donne siano caratterizzate da riferimenti alla discendenza femminile e alle esperienze di malattia oncologica che esortano a prestare attenzione all’importanza delle azioni preventive.

Diversamente, le donne del Sud mostrano una maggior attitudine alla delega, assumendo un ruolo più “passivo” rispetto ai temi della malattia oncologica e della sua prevenzione: alle figure sanitarie spetta prendersi cura di loro qualora si sia in presenza di malattia, attraverso l’uso delle tecniche più appropriate. Le loro conoscenze e le pratiche preventive messe in atto risultano coerenti con le competenze possedute, in sostanza più limitate rispetto a quelle delle donne del Nord. Le emozioni vissute all’idea di praticare prevenzione del tumore alla mammella sono esclusivamente di tipo negativo e risultano essere analoghe a quelle utilizzate per definire il concetto di malattia, a dire di come l’azione preventiva “renda presente” la malattia, anche solo in forma fantasmatica: paura, angoscia, ansia. Questo dato richiama i concetti espressi nella *Decision Theory* rispetto al processo di *decision-making*: la paura, associata al non sapere “cosa accadrà”, può causare l’inibizione e l’evitamento degli eventi potenzialmente minacciosi, è questa una reazione definita ‘di rischio avverso’ (Dawes 1998, Lerner, Keltner 2000, Nabi 2002). In pratica, nella situazione di screening, le donne del Sud eviterebbero di sottoporsi alla mammografia per sottrarsi alla minaccia costituita dalla possibilità di una diagnosi di cancro, idea che pare emotivamente intollerabile. Il peso della paura si accompagna a sentimenti negativi e saturi di pessimismo, a cui seguono insoddisfazione per il programma di *screening*, scontentezza per le strutture nel quale esso viene effettuato e una sostanziale mancanza di fiducia verso le figure professionali che lavorano sul territorio (per cui si fa riferimento, in caso di malattia, ad un trasferimento al Nord).

4. Conclusioni

Il presente contributo di ricerca consente di riflettere su aspetti fondamentali che caratterizzano l’adesione al programma di *screening* nazionale per la prevenzione del tumore al seno da parte delle donne, aspetti che aiutano a comprendere alcune delle ragioni alla base delle importanti differenze di partecipazione tra le regioni del Nord e quelle del Sud d’Italia.

Innanzitutto occorre sottolineare come i dati provenienti da questo studio risultino in linea con le stime recentemente presentate dall’Osservatorio Nazionale Screening; per tale ragione e per la scarsità degli approfondimenti scientifici al riguardo ci sembra importante quanto emerso dalla presente ricerca.

Un primo elemento di interesse riguarda i vissuti emozionali che lo screening mammografico induce: la sola attività di prevenzione costringe a fronteggiare l’angoscia suscitata anche dalla ipotesi della presenza di una malattia oncologica, sappiamo bene infatti come le fantasie possano essere anche più ‘pericolose’ della realtà, quanto una paura immaginata possa atterrire più di una minaccia reale e quanto pensieri intrusivi relativi a eventi possano essere più deleteri di minacce concrete. Tuttavia l’intensità del sentimento di ansia e apprensione presenta ripercussioni diverse. In alcuni casi -al Sud- sembra originare una sorta di fuga che può essere spiegata in base alla *Prospect Theory*, sviluppata da *Kahneman e Tversky* (1979), che ben argomenta come le perdite potenziali possano essere considerate più rilevanti (in questo caso pericolose) dei possibi-

li guadagni, anche se consistenti, cosicché le persone sarebbero più spaventate di andare incontro ad un possibile fallimento piuttosto che orientarsi verso un possibile successo: nel nostro caso il “pericolo” è rappresentato dallo *screening*. In altri casi -al Nord-ansia ed apprensione sembrano indurre un bisogno di controllo sulla malattia e sulla possibilità di diagnosi prevalentemente connesso ad aspetti di relazione: con altre donne (la cui esperienza insegna come fare prevenzione), con la famiglia (da tutelare), ma soprattutto con il Sistema Sanitario e con coloro che lo rappresentano (a cui affidarsi).

Si evince una rilevante differenza rispetto ai sistemi di appartenenza (Carli, 2000), una complessità in cui si intrecciano prospettive individuali e collettive, aspetti organici e culturali. A dire di come la presa di decisione nell’ambito della salute risulti difficilmente spiegabile entro un quadro concettuale caratterizzato da disgiunzione tra aspetti cognitivi (ad esempio quantità e precisione delle informazioni sulla salute/malattia) e dimensioni prettamente emotive (Saita *et al.*, 2012) che rimandano sempre ad un incontro con l’altro.

Nella situazione da noi considerata l’incontro è prima di tutto di donne con altre donne. È entro il genere che ha luogo la condivisione delle simbolizzazioni affettive attribuite al tumore al seno. Ne è prova la numerosità di associazioni di donne operate di questa patologia: non esser lasciate sole è l’aiuto più importante che le donne possono ricevere (Mancuso, 2009). La possibilità di appartenere, di sentire complicità, è di grande aiuto nel fronteggiare l’insicurezza e offre un punto di riferimento imprescindibile nelle situazioni di promozione della salute e prevenzione/cura della malattia.

Trattandosi di malattia (anche se solo in termini eventuali), l’incontro inevitabile è con il Sistema Sanitario e con chi concretamente lo rappresenta, cioè i medici che, volenti o no, consapevoli o meno, sono chiamati sulla scena relazionale del paziente (il soggetto è “paziente” e si sente tale anche nella situazione di *screening*). Questa tipologia di incontro assume tuttavia forme del tutto diverse, persino opposte, nei due contesti considerati: Milano e Napoli. Mentre il primo contesto è caratterizzato da una *convivenza generativa* dove l’incontro tra le donne con la loro storia identitaria e i servizi con le loro culture (l’alterità) è possibile e l’accordo percorribile e assunto, il secondo contesto sembra contraddistinto da una *convivenza caotica-paralizzante*, in cui alcune componenti sono demonizzate (le strutture pubbliche e i medici che ivi lavorano), per cui è necessario ‘fuggire’ e trovare rifugio presso strutture e professionisti capaci di gestire la componente emozionale connessa al rischio di diagnosi di tumore (Gozzoli, 2014). In altre parole, siamo di fronte a due modelli di cura di cui uno solo sembra capace di accettare le differenze e promuovere un sistema di convivenza *efficace*, cioè idoneo a perseguire l’obiettivo prefissato grazie all’incontro tra la domanda di salute delle donne e l’offerta di una competenza da parte del Sistema Sanitario. Dall’altra parte la convivenza assume una forma caratterizzata da diffidenza nei confronti di una professionalità squalificata, verso la quale non è possibile nutrire alcuna fiducia. A tale proposito è interessante sottolineare come la fiducia sembri rappresentare proprio una *conditio sine qua non* per l’instaurarsi di una relazione tra soggetti e/o sistemi di appartenenza caratterizzata dalla dimensione dell’intersoggettività, potremmo dire da uno scambio guidato da logiche di tipo affettivo. In altre parole la fiducia costituisce una condizione imprescindibile, ovvero fondativa di ogni forma di convivenza sociale (Carrera, 2006). Ecco che allora, nelle situazioni e nelle esperienze riportate dalle donne del Sud, laddove il rapporto con le istituzioni non è connotato da tale fiducia che crea legame, per non cadere nella disperazione che avanza di fronte all’ipotesi di malattia si adotta

un'affiliazione emotiva che replica le soluzioni trovate da altri. Dominante è dunque l'incontro familistico che non lascia spazio a differenze, né -di conseguenza- al cambiamento e allo sviluppo.

È tuttavia bene ricordare come le relazioni, sia quelle familiari che quelle del più ampio contesto sociale, siano importanti predittori di *coping* funzionali e di risposte resilienti (Bonanno *et al.*, 2010).

Le diverse tipologie di "incontro" tra persona e istituzioni sembrano dunque riferibili alle appartenenze contestuali, in particolare ai livelli *etnico-antropologico* e a quello *istituzionale psico-sociale* descritti da Giannone e Lo Verso (2004). Poiché è evidente come le credenze connesse al cancro, le forme assunte dall'organizzazione pubblica che di tale patologia si occupa, così come l'insieme delle consuetudini interiorizzate relative alle concezioni di bene e male siano determinanti rispetto alla modalità di acceso e alla tutela del bene/salute nei due contesti considerati.

Bibliografia

- Acitelli L., Badr H., J., (2002), My illness or our illness? Attending to the relationship when one partner is ill, in *Couples coping with stress: emerging perspectives on dyadic coping*, (a cura di Kayser K., Bodenmann G., Revenson T., APA, Washington.
- Alberisio A., Viterbori, P., (2002), Consapevolezza e adattamento, in *Psiconcologia*, (a cura di Bellani M., L., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P., Bruzzi P., Masson, Milano.
- Baider L., Kaplan De-Nour A., (1984), Couple's reactions and adjustment to mastectomy: a preliminary report, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14, 265-276.
- Baldry, A.C., (2005), *Focus Group in azione. L'utilizzo in campo educativo e psicosociale*, Carocci Editore, Roma.
- Bertini M., (2012), *Psicologia della salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bonanno G., A., Lam W., W., T., Mancini A., D., Ho S., Chan M., Hung W., K., Or A., Fielding R., (2010), Trajectories of psychological distress among Chinese women diagnosed with breast cancer, *Psycho-Oncology*, 19, 1044-1051.
- Carli R., (2000), Introduzione, in *Psicologia della convivenza. Soggettività e socialità*, (a cura di) Di Maria F., Franco Angeli, Milano.
- Carrera L., (2006), *È sempre questione di fiducia*, Franco Angeli, Milano.
- Chiarolanza C., De Gregorio, E., (2007), *L'analisi dei processi psicosociali. Lavorare con ATLAS.ti*, Carocci, Roma.
- Cigoli V., Saita E., Margola D., (2006), La psicologia della salute in azione, in *Progetti di intervento psicologico*, (a cura di) Rovetto F., Moderato P., McGraw-Hill, Milano.
- Cohen M., Z., Kahn D., L., Steeves R., H., (1998), Beyond body image: the experience of breast cancer, *Oncology Nursing Forum*, 25, 835-841.
- Colombo M., (1997), Il gruppo come strumento di ricerca sociale, dalla comunità al focus group, *Studi di sociologia*, 35, 205-218.
- Dawes R., (1998), Behavioral decision making and judgment, in *The Handbook of Social Psychology*— Vol. 1, (a cura di) Gilbert D., T., Riske S., T., Lindzey G., Oxford University Press, New York.
- Di Maria F., Di Nuovo S., (1981), Ricerca e/o intervento in psicologia sociale? Un crocevia obbligato nella professione psicologica, *Psicologia Italiana*, 2, 65-70.
- Engel G., (1977), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science*, 196, 129-136.
- Fiore I., Lo Verso G., (1994), Il transpersonale, l'immaginario e la fiaba, in *Le relazioni soggettuali*, (a cura di) Lo Verso G., Bollati Boringhieri, Torino.

- Ganz P., A., Rowland J., H., Desmond K., Meyerowitz B., E., Wyatt G., E., (1998), Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning, *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- Giannone F., Lo Verso G., (2004), *Il self e la polis. Il sociale e il mondo intero*, Franco Angeli, Milano.
- Gozzoli C., (2014), Tracce e forme del convivere organizzativo, in *Narrare i Gruppi*, vol. 9, n° 3, Dicembre 2014, pp. 151- 163 - website: www.narrareigruppi.it
- Helms R., L., O'Hea E., L., Corso, M., (2008), Body image issues in women with breast cancer, *Psychology, health and medicine*, 13, 313-325.
- Kahneman D., Tversky A., (1979), Prospect theory: an analysis of decision under risk, *Econometrica*, 47, 263-292.
- Krueger R., A., (1994), *Focus groups. A practical Guide for Applied Research*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Lancia F., (2004), *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB*, Franco Angeli, Milano.
- Lerner J., S., Keltner D., (2000), Beyond valence: toward a model of emotion-specific influences on judgment and choice, *Cognition & Emotion*, 14, 473-493.
- Lévi-Strauss C., 1949, *Les Structures élémentaires de la parenté* (1949), [trad.it., *Le strutture elementari della parentela*, Feltrinelli, 1972]
- Lewin K., (1951), *Field theory in social science*, Harper & Row, New York [tr.it., *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, 1972]
- Mancuso A., (2009), Prefazione, in *Psico-oncologia: una prospettiva relazionale*, (a cura di) Saita E., Unicopli, Milano.
- Mauss M., (1923), *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, in *L'Année Sociologique*, (1923-1924 [tr. it., *Saggio sul dono*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, 2002])
- Meerwin F., (1989), *Psicologia e Oncologia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Morgan D., L., (1998), *The focus group guidebook*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Muhr T., (2004), *User's Manual for ATLAS.ti 5.0*, ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlino.
- Nabi R., L., (2002), Anger, fear, uncertainty, and attitudes: a test of the cognitive-functional model, *Communication Monographs*, 69, 204-216.
- Northouse L., L., (1988), Family issues in cancer care, *Advanced Psychosomatic Medicine*, 18, 82-101.
- Northouse L., L., Rosset T., Phillips L., Mood D., Schafenacker A., Kershaw T., (2006), Research with families facing cancer: the challenges of accrual and retention, *Research in Nursing and Health*, 29, 199-211.
- Oprandi N., C., (2001), *Focus group. Breve compendio teorico-pratico*, Emme&erre, Milano.
- Orladelli E., Palazzoni G., Terribile D., Ferrarese D., (2009), *Seno buono seno cattivo*, Alpes, Roma.
- Orrù W., Lampis D., Pes A., Carpinello B., (2002), L'impatto del cancro nel ciclo di vita, in *Psiconcologia*, (a cura di) Bellani M., L., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P., Bruzzi P., Masson, Milano.
- Politzer G., (1928), *Critique des fondements de la psychologie*, P.U.F., Parigi [tr. it., *I fondamenti della psicologia*, Mazzotta, Milano, 1975]
- Revenson T., A., (1994), Social support and marital coping with chronic illness, *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 122-130.
- Saita E., (2012), Introduzione. Il dono di sé nella malattia, *Ricerche di Psicologia*, 4, 655-657.
- Saita E., Zanini S., C., Fenaroli V., (2012), Il trapianto di organo da vivente: le motivazioni donare e a ricevere un rene, *Ricerche di Psicologia*, 4, 693-711.
- Schover L., R., (2008), The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships, *Cancer journal of clinicians*, 41, 112-120.

- Schover L., R., Randall J., Y., Tuason L., J., Meisler E., Caldwell B., Hermann R., E., Grudfest-Broniatowsky S., Dowden R., V., (1995), Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality, *Cancer*, 75, 54-64.
- Shamdasani P., N., Stewart D., W., (1990), *Focus groups: Theory and practice*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Stagi L., (2000), Il focus group come tecnica di valutazione. Pregi, difetti e potenzialità, *Rassegna italiana di valutazione*, 20, 61-82.
- Zammuner V., L., (2003), *I focus group*, Il Mulino, Milano.