



*Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità*



**DoRS**

*Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute*

**MODELLI SOCIO COGNITIVI PER IL CAMBIAMENTO DEI  
COMPORTAMENTI:  
RASSEGNA E ANALISI CRITICA**

*a cura di*

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

---

**SETTEMBRE 2009**



REGIONE PIEMONTE  
Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità

*Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute*

*Collana*

**Promozione della Salute**

**MODELLI SOCIO COGNITIVI PER IL CAMBIAMENTO DEI  
COMPORTAMENTI:  
RASSEGNA E ANALISI CRITICA**

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

per la preziosa collaborazione nell'impostazione editoriale del quaderno.

Settembre, 2009

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute

***Modelli Socio Cognitivi per il Cambiamento dei Comportamenti: Rassegna e Analisi Critica***

A cura di Paola Ragazzoni, , Mariella Di Pilato, Rita Longo, Sonia Scarponi, Claudio Tortone

SI AUTORIZZA LA RIPRODUZIONE PARZIALE O TOTALE DEL CONTENUTO DEL  
PRESENTE VOLUME CON LA CITAZIONE DELLA FONTE

*DoRS – Via Sabaudia 164 – 10095 Grugliasco (TO)*

*Tel. 01140188210/502 – email [info@dors.it](mailto:info@dors.it)*

Questo quaderno si propone l'obiettivo di illustrare i principali modelli socio cognitivi per il cambiamento del comportamento. In particolare illustra i principi, le modalità di azione e le principali applicazioni scientifiche dei differenti modelli nell'ambito della promozione della salute. Pur senza pretendere di essere esaustivo, si propone di presentare i modelli che tentano di illustrare come le persone agiscono in tema della salute, in modo di permettere all'operatore di scegliere il modello maggiormente adatto alle sue necessità di intervento.

This document aims to illustrate social cognitive models of change.

Particularly, it includes a review on these theories and on the main scientific applications of the different models in health promotion setting. Even if it makes no pretence of being exhaustive, it is intended to present the models aimed to illustrate how people act in terms of health, as to let the professionals choose the most suitable model for their own programs.

## INDICE

INTRODUZIONE a cura di Paola Ragazzoni.....	7
PREMESSA a cura di Claudio Tortone .....	9
SOCIAL COGNITION MODELS: caratteristiche generali .....	10
MEDIATORI COGNITIVI DEI COMPORAMENTI DI SALUTE .....	12
DESCRIZIONE DEI PRINCIPALI MODELLI.....	13
Self Efficacy Model (Bandura 1977) .....	15
Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour (Ajzen e Fishbein, 1980, 1985) .....	17
Locus of Control Model (Rotter, 1966) .....	19
Modello Transteorico (Prochaska e DiClemente, 1982) .....	21
Protection Motivation Theory (Maddux e Rogers, 1983).....	25
Health Action Process Approach (HAPA, Schwarzer 1992).....	27
Integrative Model (Fishbein, 2000).....	31
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE .....	33
BIBLIOGRAFIA .....	39



## **INTRODUZIONE** a cura di Paola Ragazzoni

La letteratura in promozione della salute, negli ultimi decenni, ha dedicato molte energie allo studio delle leggi che regolano il cambiamento e l'apprendimento di nuovi comportamenti, in relazione all'indiscusso impatto sulla salute individuale del comportamento stesso e del contesto in cui tale comportamento viene messo in atto.

C'è sostanziale evidenza scientifica sul fatto che l'uso di una teoria di riferimento chiara e definita migliori l'efficacia di un progetto o di un intervento [(Nutbeam and Harris, 1999), p. 6]. È importante che gli operatori che si occupano di promozione della salute conoscano i principali modelli di modificazione del comportamento, perché sebbene nessuna teorizzazione sia esaustiva da sola, è necessario **conoscerle** per utilizzarle in maniera critica e costruttiva negli interventi sul campo. Quello che manca spesso nella pratica in promozione della salute sono le abilità e le specifiche competenze che ogni modello teorico implica e richiede per essere applicato.

Le principali teorizzazioni su come le persone decidono di adottare un comportamento di salute (Health Behavior Theory) si basano sullo studio del singolo individuo; chiaramente, quando questo individuo interagisce all'interno di un gruppo, le sue decisioni saranno influenzate e modificate dalle leggi che regolano i comportamenti dei gruppi (influenzamento, pressione dei pari, ecc.) e il meccanismo diventerà sempre più complesso man mano che si prenderanno in considerazione le organizzazioni con le loro regole e la comunità. Di tutti questi aspetti si deve tener conto anche quando si programmano interventi per la promozione della salute che coinvolgono il singolo individuo, i gruppi e le organizzazioni di cui egli fa parte e la comunità. Partiamo dall'analisi di quanto avviene a livello individuale.....

Lo studio dei comportamenti di salute messi in atto dall'individuo parte dai seguenti presupposti:

- nelle nazioni industrializzate una sostanziale proporzione di morti è imputabile alle abitudini comportamentali (fumo, alimentazione, attività fisica, comportamento sessuale)
- i comportamenti sono modificabili (Stroebe e Stroebe, 1997).

Questi assunti di base hanno dato vita ad una miriade di ricerche nel campo della psicologia e delle discipline ad essa correlate con la finalità di comprendere e studiare gli elementi che stanno alla base dei comportamenti individuali e, di conseguenza, progettare interventi che possano produrre miglioramenti nella salute degli individui e della popolazione.

Tra tutte le teorizzazioni psicologiche sul cambiamento, ci occuperemo qui di quelle afferenti all'area della psicologia anglosassone e americana e all'area della psicologia socio cognitiva, perché sono quelle maggiormente diffuse e di cui esistono numerosi studi di efficacia; per questo motivo, quindi, in questa sede non vengono prese in considerazione tutte le altre teorizzazioni, altrettanto valide, che fanno riferimento ad altri orientamenti teorici.

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

Le teorie cognitive si basano sull'assunzione che il comportamento sia volitivo e volontario, determinato da 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. Principalmente, 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 suggerisce che un individuo passi attraverso un crescente grado di disponibilità verso il cambiamento prima di intraprendere il cambiamento stesso.

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 atteggiamenti<sup>1</sup> personali.

Sono state studiate tipologie di comportamento molto diverse, che avevano in comune il fatto essere comportamenti, almeno in parte, sottoposti al controllo volontario e di avere un effetto, a breve o a lungo termine, sulla salute degli individui.

Gli studi epidemiologici hanno evidenziato una enorme variabilità tra le persone rispetto al tipo e alla modalità di messa in atto di comportamenti protettivi per la salute. Tale variabilità individuale è determinata da una serie di fattori che incidono sui comportamenti in maniera più o meno diretta e possono essere sinteticamente suddivisi in fattori interni e fattori esterni all'individuo stesso. Tra i fattori interni ricordiamo: lo stile di vita (abitudini alimentari, fumo, uso di alcool, attività fisica, comportamenti sessuali), i fattori socio ambientali (genere, status socio economico, etnia), la vulnerabilità individuale allo stress e le caratteristiche di personalità. Tra i fattori esterni all'individuo, ma con un forte influsso sul suo comportamento individuale, troviamo il contesto sociale di appartenenza con le sue regole e con i gruppi di riferimento e la loro capacità di fornire supporto sociale, l'ambiente fisico in cui l'individuo vive con le facilitazioni e i limiti che esso impone, la comunità con le sue norme.

Nell'ambito dei fattori interni particolare attenzione è stata dedicata allo studio delle credenze ("beliefs"), considerate idealmente "ponte" tra il mondo interno dell'individuo e il mondo esterno, in virtù del loro essere individuali ma apprese durante il processo di socializzazione, durante lo sviluppo, e in virtù del fatto di essere tendenzialmente stabili nel tempo e ciononostante modificabili.

---

<sup>1</sup> *"attitude" in italiano può essere tradotto come attitudine, atteggiamento, modo di comportarsi e comprende una credenza e il valore soggettivo attribuito a tale credenza "lo credo che mangiare frutta faccia bene alla salute e per me è molto importante la mia salute"*

## **PREMESSA** a cura di Claudio Tortone

Questo quaderno presenta e sintetizza i contributi di un seminario di studio, organizzato da DoRS nel 2006. Il seminario si inseriva in una serie di proposte formative pensate per accompagnare e sostenere 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 Regione<sup>2</sup>, offrendo una occasione di scambio e confronto tra la pratica degli operatori, le prove di efficacia, le teorie e gli strumenti proposti dalla letteratura.

Il quaderno si accompagna al precedente "Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni – modello transteorico di DiClemente e Prochaska" edito nel giugno 2007<sup>3</sup>.

*Il quaderno è stato realizzato grazie al contributo dei seguenti operatori del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS Regione Piemonte:*

*Paola Ragazzoni, psicologa e psicoterapeuta specializzata in psicologia della salute*

*Mariella Di Pilato, psicologa e psicoterapeuta specializzata in psicologia della salute*

*Rita Longo, psicologa esperta nel campo dell'educazione e della formazione*

*Sonia Scarponi, psicologa e psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico*

*Claudio Tortone, medico di sanità pubblica, DoRS Regione Piemonte*

---

<sup>2</sup> 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 disponibile su <http://www.dors.it/pag.php?idcm=1229>

<sup>3</sup> il quaderno è disponibile su <http://www.dors.it/pag.php?idcm=2349>

## SOCIAL COGNITION MODELS: caratteristiche generali

I modelli che analizzano e descrivono il modo in cui le caratteristiche cognitive individuali interpretano e danno senso alle situazioni sociali, influenzando quindi il comportamento, sono chiamati Social Cognition Models \*. Il loro assunto di base è che il comportamento di un individuo sia meglio compreso in termini di percezione individuale del contesto ambientale/sociale, ossia nei termini di come gli individui percepiscono e danno senso al contesto sociale di riferimento.

Il focus sugli aspetti cognitivi è determinato da due considerazioni:

- ciò che noi pensiamo determina il nostro comportamento e le credenze individuali hanno il potere di mediare l'influenza di altre caratteristiche determinanti (ad esempio la classe sociale)
- i pensieri e le credenze sono, tra i fattori individuali, quelli più facilmente modificabili (rispetto ad esempio ai tratti di personalità o allo stile emotivo).

La prima concettualizzazione della relazione tra credenze di salute diverse e tra credenze di salute e comportamento è di Lewin (1951) ed è espressa in termini di valenza, ossia di valore/attrattiva. Secondo questo modello l'individuo tenderà ad adottare uno stile di comportamento salutare nella misura in cui la propria salute sarà un valore importante/attraente per lui.

I social cognition models integrano questa concettualizzazione con la teoria dell'aspettativa-valore (Peak 1955) e con la "subjective expected utility theory" (SEU, Edwards 1954). Queste teorie postulano che gli individui tendono a massimizzare l'utilità soggettiva e quindi preferiscono adottare comportamenti associati ad aspettative di alta utilità. Chiaramente ogni comportamento avrà una "utilità soggettiva attesa" differente, a seconda del diverso valore attribuito ai risultati e alla probabilità di risultato del comportamento (valutazione soggettiva di probabilità e di utilità). "Quanto è utile questo nuovo comportamento per migliorare il mio stato di salute e che probabilità ho di essere in grado di mettere in atto il cambiamento richiesto?" "Smettere di fumare mi sarà utile per restare in buona salute e smettere di fumare è un comportamento che sono in grado di portare a termine con successo?" Secondo questa teoria, i comportamenti sarebbero quindi il risultato di una valutazione razionale, che il soggetto compie, rispetto a costi e benefici del comportamento stesso.

Tali teorie pongono l'enfasi sul comportamento individuale e non sociale; quindi ci possono aiutare a prevedere quali comportamenti vengono selezionati da un individuo (i più utili ed i più probabili), ma non forniscono una adeguata spiegazione del modo in cui gli individui prendono le decisioni.

Il passo in avanti che i social cognition models hanno cercato di fare rispetto ai precedenti modelli è stato il tentativo di contestualizzare la comprensione del comportamento individuale, inserendola all'interno dell'ambito sociale di riferimento.

Nello specifico:

- le Theories of Planned Behavior di Ajzen (1985) e la Social Learning Theory (1977) di Bandura descrivono come l'individuo prende le proprie decisioni anche alla luce del contesto sociale in cui è inserito
- l'Health Belief Model di Becker (1974) e la Protection Motivation Theory di Maddux e Rogers (1983) descrivono l'effetto e il funzionamento dei messaggi che

evidenziano gli aspetti di perdita, di costo o di pericolosità dei comportamenti non salutari

- la Diffusion Theory di Rogers (1983) ci illustra come gli individui in ambito sociale rispondono ai messaggi di salute e a loro volta li diffondono.

Nessuna di queste teorie da sola riesce ad essere esaustiva, ma esse ci indicano una serie di "variabili chiave" e di processi che possono aiutarci a predire un comportamento e a scegliere il tipo di intervento di promozione della salute.

# MEDIATORI COGNITIVI DEI COMPORAMENTI DI SALUTE

Dopo gli studi di Pavlov (1923) sul condizionamento classico e gli studi di Skinner (1953) sul condizionamento operante, la psicologia americana ha cominciato a prendere in considerazione gli aspetti cognitivi nello studio delle leggi dell'apprendimento umano, con la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977).

All'interno di tale cornice culturale di riferimento si contestualizza lo studio sui comportamenti di salute e le leggi che guidano la loro modifica.

Tra i mediatori cognitivi dei comportamenti di salute, particolare importanza è stata attribuita ai costrutti seguenti:

1. **Aspettativa.** Secondo Bandura l'individuo è motivato ad adottare comportamenti che per lui hanno valore e che si sente in grado di adottare in maniera efficace.

Le aspettative possono essere:

- di azione risultato (comportamento orientato all'obiettivo)
- di autoefficacia:
  - generale
  - specifica rispetto al comportamento

2. **Motivazione.** E' noto che vantaggi immediati spesso hanno maggior valore per il soggetto rispetto ai benefici a lungo termine. Molti comportamenti dannosi per la salute vengono adottati al fine di apparire a breve termine "più belli, più in forma" (es fumo come metodo per il controllo del peso). Inoltre è ampiamente dimostrato in letteratura ed evidenziato dalla esperienza personale di ognuno di noi che senza una adeguata motivazione personale è molto difficile che venga messo in atto qualsiasi forma di cambiamento.

3. **Locus of control** (Rotter, 1954, 1966). Concetto simile alla autoefficacia (Bandura, 1977), al mastery (di Pearling and Schooler, 1978) e alla competenza percepita (Smith et al, 1993): l'enfasi viene posta sui concetti di attribuzione causale e di controllo. Le persone sono esplicitamente invitate ad assumersi la responsabilità della propria salute attraverso il controllo dei comportamenti. Al controllo fa riferimento esplicito anche la carta di Ottawa (WHO, 1986) quando sottolinea che *"la promozione della salute deve rendere le persone in grado di aumentare il proprio controllo su tutti gli aspetti concernenti la loro salute"*

4. **"Attitude".** Termine inglese difficilmente traducibile (attitudine, atteggiamento, modo di comportarsi), si compone di due aspetti: una credenza ("io so che mangiare frutta fa bene alla salute") e un aspetto di valore ("io voglio mantenermi in salute"). Un individuo può avere un considerevole numero di attitudini, anche conflittuali, riguardo un argomento o un comportamento. La sua influenza sul comportamento viene spiegata dalla teoria della dissonanza cognitiva (Festinger, 1957): informazioni contrarie all'attitudine del soggetto tendono a creare uno stato di dissonanza cognitiva, per ridurre la quale il soggetto tenderà a rifiutare l'informazione non congruente o a modificare le proprie idee in conformità alla nuova informazione ricevuta. Sebbene la relazione tra attitudine e comportamento sia dimostrata essere modesta, molte ricerche psicologiche si focalizzano sullo studio delle attitudini. Alcuni teorici delle attitudini (es Petty e Cacioppo, 1986) hanno tentato di delineare meglio i meccanismi che guidano il cambiamento nelle **attitudini** ed il modo per manipolarle.

## DESCRIZIONE DEI PRINCIPALI MODELLI

Entriamo ora nel dettaglio di quelli che sono i modelli teorici maggiormente studiati in letteratura ed applicati per il cambiamento dei comportamenti non salutari.

### HEALTH BELIEFE MODEL (HBM, Rosenstock e Becker, 1974).

Proposto da Rosenstock (1966) e modificato da Becker (1974). Più che un modello vero e proprio è una associazione di variabili che influenzano il comportamento, il modo preciso in cui queste variabili lavorano non è mai stato specificato.

Tale modello si articola sulla percezione di una malattia percepita come “minacciosa” per il soggetto e sui conseguenti comportamenti preventivi. La probabilità di adozione di un comportamento, rilevante per la salute, è influenzata da due processi di valutazione:

- Valutazione della *suscettibilità percepita* (rischio personale di contrarre una malattia “le mie probabilità di contrarre un tumore al seno sono elevate.....”) e valutazione della *gravità percepita*, ovvero della pericolosità attribuita a una patologia in termini di dolore, rischio di morte, conseguenze sociali (“l’idea di un tumore al seno mi terrorizza.....”)
- Valutazione dei benefici (“se pratico ogni mese l’autopalpazione potrei prevenire problemi futuri”) e degli ostacoli (“l’autopalpazione mi fa perdere tempo e mi provoca ansia”) associati al comportamento preventivo.

Gli aspetti meno studiati da questo modello sono la motivazione all’azione e le spinte all’azione (ad esempio: avvertimento del medico, avvisi postali) forse per la difficoltà a darne un costrutto unitario. Questo modello presuppone che i processi cognitivi in atto per la presa di decisioni si svolgano contemporaneamente e in parallelo.

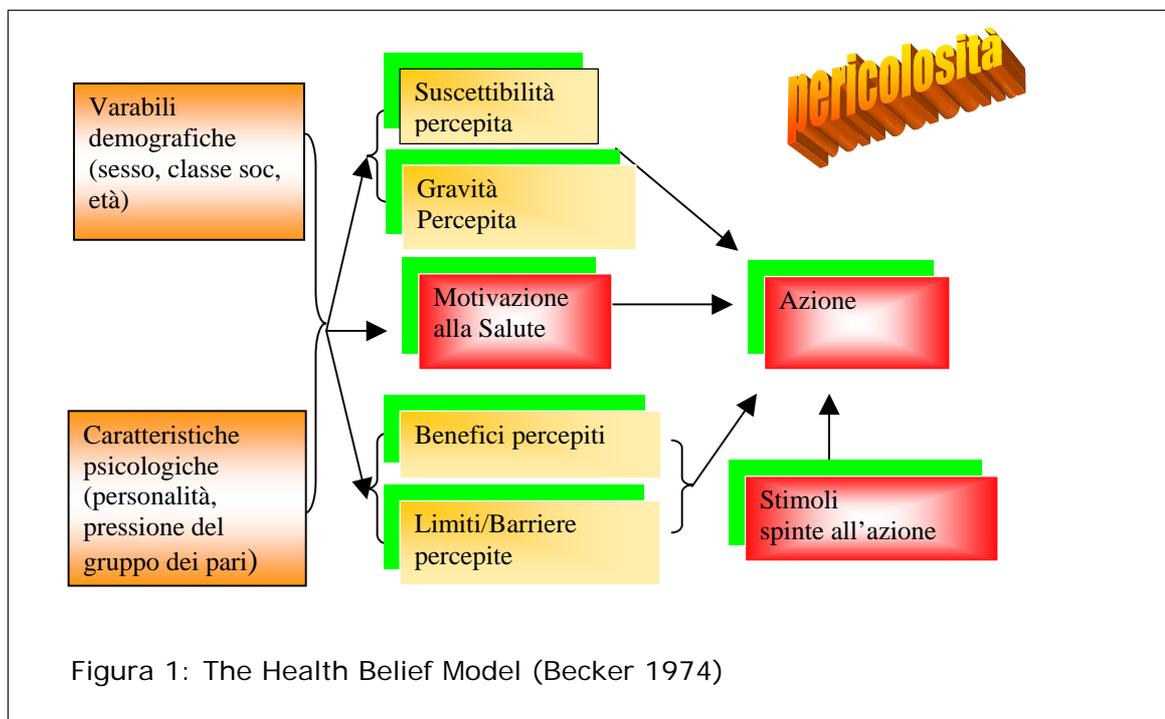


Figura 1: The Health Belief Model (Becker 1974)

Aspetti positivi del modello:

- attribuisce un ruolo importante alle convinzioni personali nella interazione con le variabili sociali
- è semplice da capire anche per operatori non psicologi
- è stato usato per 30 anni e applicato ad una gran varietà di comportamenti
- laddove l'evitamento della malattia e la paura del contagio giocano un ruolo di primo piano, l'HBM sembra la teoria più appropriata (Biddle and Nigg, 2000; Murray-Johnson et al., 2001).

Aspetti critici:

- non considera le risposte emozionali che si associano alla percezione di una malattia come minacciosa
- non è un modello causale, non è chiaro come agiscono i fattori socio economici
- non considera variabili che in altri studi si sono rivelate importanti nel predire i comportamenti (self efficacy, intenzione e pressione sociale)
- le credenze vengono considerate come statiche, non soggette a cambiamenti
- il modello stesso è statico, senza distinzione tra la fase motivazionale e la fase volitiva.

In una metanalisi di Harrison e altri (1992) le sue capacità predittive<sup>4</sup> non sono risultate incoraggianti: bassa correlazione con i comportamenti e le varie componenti del modello, prese singolarmente, non spiegano più del 4% della varianza del comportamento adottato.

---

<sup>4</sup> Per predittività di un modello teorico si intende la sua capacità di predire un comportamento in un contesto reale

## Self Efficacy Model (Bandura 1977)

Nel 1977 Bandura introduce il concetto di autoefficacia percepita nel contesto delle teorie di modificazione del comportamento. Questo concetto è diventato centrale in tutti gli ambiti della psicologia, dalla clinica alla psicologia della salute. Secondo la teoria socio cognitiva di Bandura, il cambiamento comportamentale è facilitato dalla sensazione di controllo su di sé. Se le persone credono di poter fare qualcosa per risolvere un problema sono maggiormente inclini ad agire e sono più motivate nel perseguire la decisione presa.

La motivazione e l'azione dipendono da tre tipi di aspettative:

1. situazione-risultato (pensieri su cosa succederà, ad esempio nel caso di suscettibilità ad una malattia): operano come determinanti distali e agiscono sul comportamento principalmente attraverso le aspettative di azione-risultato. Rappresentano la credenza che il mondo cambi senza il nostro personale coinvolgimento. I rischi vengono percepiti ma la persona può sentirsi più o meno vulnerabile ad essi (es ottimismo difensivo)
2. azione-risultato (convincioni circa il fatto che un comportamento produrrà o meno un determinato risultato). Agiscono sul comportamento attraverso l'intenzione e il senso di autoefficacia.
3. autoefficacia percepita (convincione che il comportamento sia più o meno sotto il nostro controllo). Ha un diretto impatto sul comportamento (fiducia e pensieri ottimistici su di sé hanno un diretto effetto sulla performance) e un effetto indiretto attraverso la sua influenza sulla intenzione (gli individui tendono a mettere in atto i comportamenti che percepiscono sotto il loro controllo)

Per mettere in atto un comportamento di salute devo quindi 1) considerare il mio livello di rischio ("potrei sviluppare un tumore al polmone"), 2) credere che il cambiamento comportamentale riduca il rischio ("se smetto di fumare il mio rischio di sviluppare tumore al polmone si ridurrà considerevolmente") e 3) credere di essere in grado di modificare il comportamento (pensieri ottimistici su di sé). Gli aspetti centrali di tale teorizzazione sono le conoscenze (rispetto ai rischi e ai benefici per la salute di un determinato comportamento), l'autoefficacia percepita, le aspettative di risultato (analisi costi/ benefici -fisici, sociali e in termini di valutazione di sé-dell'adozione di un comportamento), obiettivi personali e strategie pianificate per raggiungerli e aspetti facilitanti/ostacolanti percepiti a livello ambientale.

L'autoefficacia è un determinante fondamentale in quanto agisce sul comportamento in maniera diretta e in maniera mediata attraverso l'effetto sugli altri determinanti di salute: infatti influenza gli obiettivi e le aspirazioni di un individuo, il modo di considerare ostacoli ed impedimenti ed infine influisce sulle aspettative di risultato.

Molte ricerche si sono basate su tale modello (controllo comportamenti sessuali a rischio, esercizio fisico, controllo del peso e abitudini alimentari, dipendenze), a volte con risultati molto soddisfacenti (Schwarzer, 1992) dimostrando che autoefficacia, aspettative di risultato e intenzione sono i principali predittori dei comportamenti di salute.

L'autoefficacia è comunque comportamento-specifica: dimostrare un alto grado di autoefficacia nel mettere in atto un comportamento protettivo per la salute (es nel fare esercizio fisico con regolarità) non garantisce che si perseguirà con la stessa autoefficacia un differente comportamento (es smettere di fumare), mentre un alto livello di self efficacy relativo ad uno specifico comportamento di salute correla in

maniera significativa con la messa in atto del comportamento stesso (Yarcheski, Mahon, Yarcheski, & Cannella, 2004).

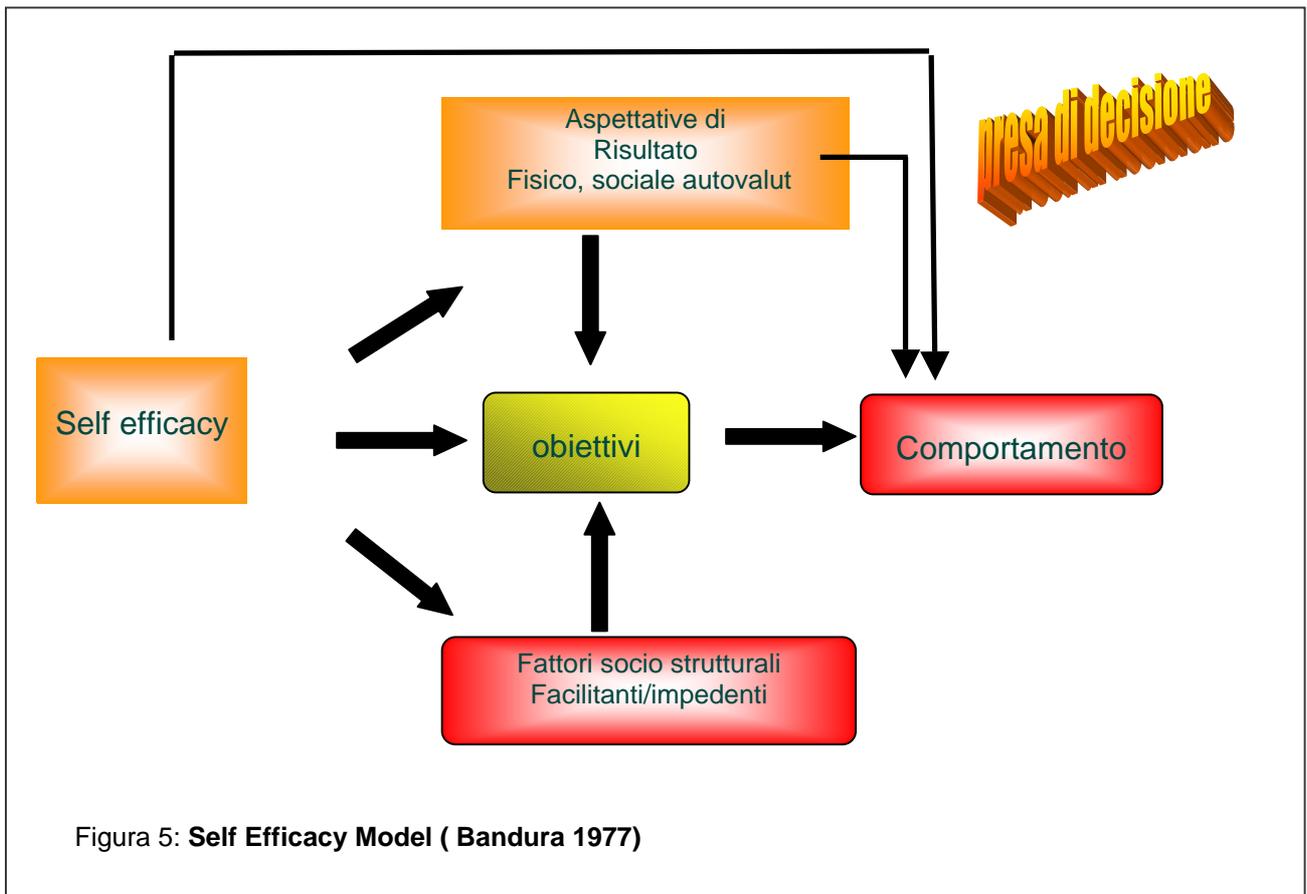


Figura 5: **Self Efficacy Model ( Bandura 1977)**

Aspetti positivi:

- il modello suggerisce un chiaro ordine causale tra le variabili e il comportamento

Aspetti critici:

- manca una considerazione esplicita della influenza sociale (spesso inclusa nelle aspettative di risultato)

non considera misure di valore per i differenti risultati (anche se è chiaro il concetto di valore nei pensieri soggettivi circa i risultati)

Il concetto di self efficacy ha molto influenzato le teorizzazioni psicologiche, come vedremo nei paragrafi successivi. Becker e Rosenstock hanno tentato di inserirlo nell'Health Belief Model, principalmente reinterpretando il loro originario concetto di "spinte/barriere verso l'azione". Ajzen ha modificato la teoria dell'azione ragionata, trasformandola in teoria dell'azione pianificata inserendo come predittore il controllo comportamentale percepito, molto simile al concetto di autoefficacia. Maddux e Rogers hanno introdotto nella loro Protection Motivation Theory la Self Efficacy come uno dei maggiori determinanti dell'intenzione.

## **Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour (Ajzen e Fishbein, 1980, 1985)**

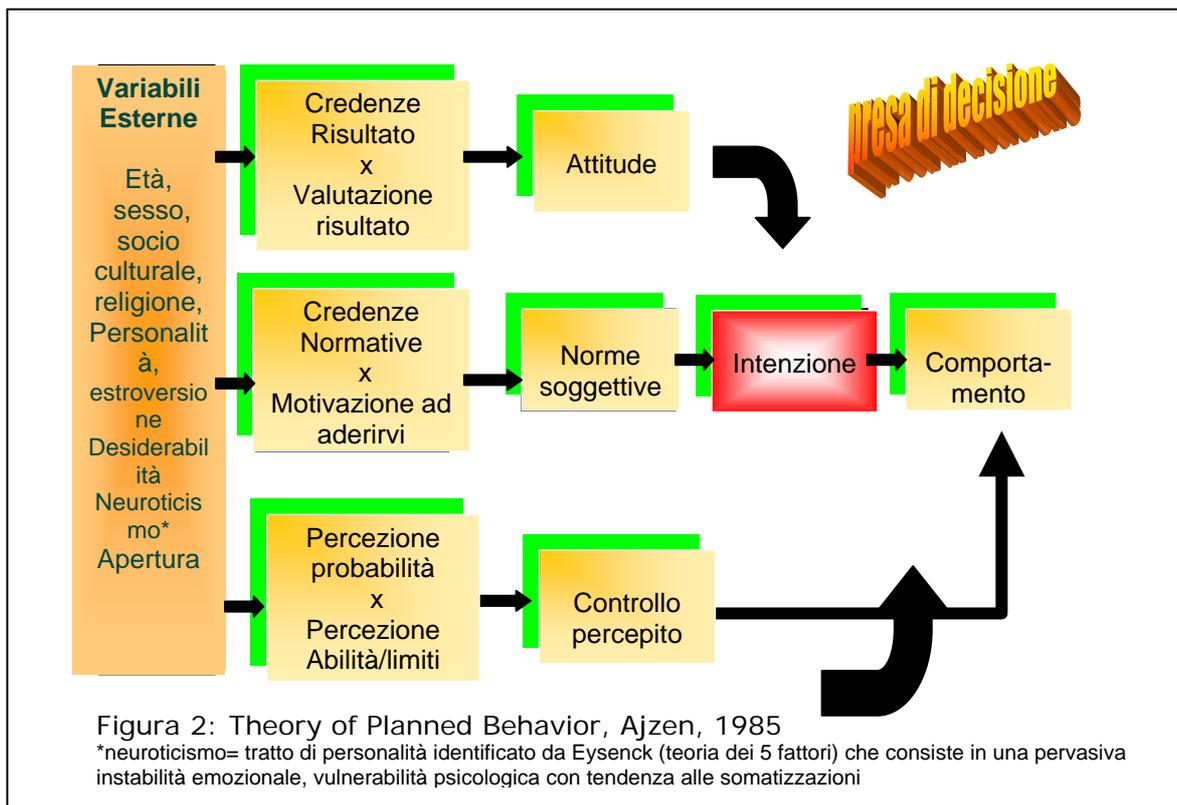
**Theory of Reasoned Action** (Ajzen e Fishbein, 1980): questo modello individua l'intenzione come determinante fondamentale del comportamento. L'intenzione è la sintesi di due processi cognitivi paralleli: attitudine individuale (credenza + valore della credenza stessa) verso il comportamento e norme sociali rilevanti. Il ruolo centrale viene attribuito alle norme soggettive (credenze individuali riguardo il mondo sociale).

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 all'autoefficacia, "confido nella mia capacità di mangiare frutta e verdura se voglio"). Un assunto di questa teoria è che il soggetto abbia risorse, abilità ed opportunità per intraprendere il comportamento. In realtà non è sempre così.....

**Theory of Planned Behavior** (Ajzen, 1985), questo modello rispetto al precedente include una ulteriore dimensione: il controllo percepito sul comportamento (fattori interni: abilità, informazioni, e fattori esterni: opportunità, dipendenza da altri). Il "controllo percepito" può essere sintetizzato come un piano di azioni per perseguire un obiettivo comportamentale.

Questa nuova formulazione della teoria sottolinea come l'influenza sociale su un individuo determini la decisione individuale di adottare un comportamento. Questa teoria suggerisce che i determinanti prossimali del comportamento sono: l'intenzione soggettiva e la percezione di controllo sul comportamento (concetto simile alla self efficacy di Bandura). Studi di metanalisi hanno indicato una predittività dal 66 al 71 % (Ajzen, 1991).

L'analisi della associazione tra intenzione e comportamento ha dato risultati contrastanti (ad esempio rispetto all'uso del preservativo sembra esserci una correlazione significativa tra intenzione ed uso effettivo nei maschi ma non nelle femmine, a conferma della scarso potere femminile nelle negoziazioni sessuali). Praticamente un individuo adotterà un comportamento se pensa che tale comportamento produrrà un risultato che per lui ha un valore, se crede che le persone rilevanti per lui vorrebbero che egli lo adottasse e se crede di avere le necessarie risorse ed opportunità per adottarlo.



### Aspetti positivi

- considera le norme soggettive e le credenze normative che le condizionano
- predittività: dal 66 al 71%
- per comportamenti di tipo razionale e per i quali è molto forte il legame intenzione-comportamento queste teorie sono particolarmente adeguate (Biddle and Nigg, 2000; Murray-Johnson et al., 2001)
- per Conner e Norman (1995) è il modello che ha più possibilità di ampliamento e le migliori qualità esplicative

### Aspetti critici

- trascura il ruolo delle componenti emozionali e delle variabili situazionali;
- trascura il ruolo del comportamento passato nell'influencare il comportamento attuale (ad esempio in caso di fallimento)
- poco convincente il legame diretto tra intenzione e comportamento (è necessaria una approfondita attività cognitiva per tradurre un'intenzione in azione, il soggetto ad esempio deve avere chiaro come, dove e quando mettere in pratica un comportamento e focalizzarsi sui numerosi progressivi atti strumentali che permettono di raggiungere l'obiettivo, ad esempio comprare un preservativo, portarlo con sé, richiederne l'uso al partner ecc).
- le attitudini possono cambiare nel tempo ed essere contrastanti
- queste teorie affermano che le intenzioni degli individui sono funzione (dipendono da) delle attitudini rispetto al comportamento e delle norme soggettive ma affermano che il relativo contributo di queste due componenti deve essere verificato nelle situazioni specifiche. Questo livello di spiegazione poteva andare bene nelle fasi iniziali di sviluppo di una teoria, ma con il tempo ci si aspetta che la teoria venga affinata e articolata, in modo da rendere le relative previsioni più precise e specifiche e chiarire il tipo di relazione causale tra attitudini, norme soggettive e intenzione di mettere in atto un comportamento. Questo non è avvenuto finora....

## Locus of Control Model (Rotter, 1966)

Il concetto nasce dalla teoria dell'apprendimento sociale di Rotter (1954, 1966) secondo cui il comportamento è funzione delle aspettative di rinforzo legate al comportamento e del valore attribuito al rinforzo stesso.

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.

- 1 Wallston, Wallston e DeVellis (1978) hanno sviluppato il Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) modello più complesso, specifico per i comportamenti di salute: individua un controllo interno ("Io sono direttamente responsabile del mio stato di salute", esterno ("Il fatto che io stia bene o male dipende dalla fortuna, dal caso"), di altri di potere ("La mia salute è completamente nelle mani del mio medico"). I soggetti con controllo interno sarebbero quelli maggiormente predisposti ad adottare comportamenti di promozione della salute.
- 2 Wallston e Smith (1994) sottolineano il valore del comportamento "gli individui perseguono obiettivi che per loro sono significativi, di valore" (in linea con la social learning theory). Le persone che attribuiscono scarso valore alla salute tenderanno a non adottare comportamenti protettivi per la salute, indipendentemente dal loro Locus of Control rispetto alla salute.

Oltre alla dimensione interno/esterno, il locus of control può variare anche su due ulteriori dimensioni:

- stabilità/ instabilità: la persona può ritenere che una certa condizione non varierà mai (stabile), o sia specifica e ascrivibile solo a determinati momenti (instabile);
- globalità/specificità: il problema percepito dalla persona può raggruppare vari ambiti personali e della propria salute (globale) oppure può essere ristretto solo ad un determinato aspetto del problema (specifico).

Il modello del locus of control ha dato origine a moltissime ricerche anche se la correlazione tra Locus of Control e comportamenti di salute si è dimostrata modesta e anche gli autori hanno tratto conclusioni pessimistiche circa la capacità della teoria di predire il comportamento di salute. Il successivo declino del concetto trova ragion d'essere nella difficoltà di verificare la sua modificabilità e a poter individuare in che modo la sua modificazione possa ottimizzare la gestione della malattia (su quali aspetti connessi alla salute agisce, e in che misura). All'interesse teorico per il concetto non ha fatto seguito una vasta applicazione clinica.

Aspetti positivi

- permette di predire il comportamento di un individuo rispetto a parecchie situazioni

Aspetti critici:

- sottostante a questa teoria c'è un giudizio di valore per cui interno è buono ed esterno è cattivo
- non è chiaro se il Locus Of Control sia una caratteristica di stato o di tratto (e quindi non modificabile)
- Non è chiaro se sia possibile avere un Locus of Control interno o esterno a seconda delle diverse circostanze di vita o a seconda dei diversi momenti di vita
- Non considera il ruolo del valore soggettivo attribuito alla salute

Altre teorizzazioni all'interno dei Social Cognition Models pongono particolare attenzione ai diversi stadi che l'individuo affronta nei confronti di un eventuale cambiamento e ritengono che le cognizioni significative cambino a seconda dello stadio in cui il soggetto si trova in un determinato momento.

## Modello Transteorico<sup>5</sup> (Prochaska e DiClemente, 1982)

L'originalità del modello consiste nel non prendere assolutamente in considerazione i precursori del cambiamento ma solo il suo divenire nel tempo. Grazie alla sua semplicità e alla aderenza ai bisogni della prevenzione secondaria ha incontrato una buona fortuna in ambito applicativo, infatti è uno dei modelli maggiormente utilizzati nell'ambito della promozione della salute, anche se in maniera non sempre appropriata.

Enfatizza la natura dinamica del comportamento, il ruolo del tempo e una valutazione costi benefici. Il modello è costruito su tre dimensioni fondamentali:

- gli stadi del cambiamento
- i processi del cambiamento (ovvero le strategie comportamentali messe in atto durante il cambiamento)
- i fattori psicologici che determinano il movimento da uno stadio a quello successivo (l'autoefficacia e la bilancia decisionale). Tra gli aspetti psicologici gli autori inseriscono la bilancia decisionale, che invece è una tecnica che favorisce l'emergere della consapevolezza ed attiva i processi di cambiamento.

Gli *stadi* rappresentano sia il periodo sia la descrizione delle caratteristiche comportamentali del soggetto. La individuazione 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.

Esistono dei questionari per la valutazione e la determinazione della fase in cui un individuo si trova in un determinato momento della sua vita.

- *Precontemplazione*: il soggetto in questa fase non ha ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento (nei 6 mesi seguenti). Il soggetto in questa fase 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.
- *Contemplazione*: il soggetto comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento. 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 mantenere 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).
- *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

---

<sup>5</sup> Per una lettura più esaustiva si può far riferimento al quaderno "Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni – modello transteorico di DiClemente e Prochaska" edito da DoRS Regione Piemonte (giugno 2007) e disponibile gratuitamente su <http://www.dors.it/pag.php?idcm=2349>

(atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse). Chiaramente in questa fase vengono compresi anche gli insuccessi e i tentativi falliti, le azioni non andate a buon fine, che dall'operatore vanno analizzati ed enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento, non come ricadute o fallimenti.

- *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. In relazione al fumo questa fase può durare da 6 mesi a 5 anni (National Cancer Institute, 2000).

I processi di cambiamento sono "attività" intraprese dall'individuo quando cambia modo di pensare, di sentire e di comportarsi riguardo a un suo comportamento inadeguato. Permettono di passare da uno stadio all'altro. Prochaska e DiClemente hanno identificato 10 principali processi indipendenti tra loro:

#### 5 di ordine cognitivo esperienziale

- aumento della consapevolezza sul problema e sui benefici di un eventuale cambiamento ("mi faccio venire in mente tutto quello che ho letto sul fumo");
- 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 dei role playing, l'ascolto di "testimoni" o, ancora, la riflessione su campagne proposte dei mass media;
- autorivalutazione: considerare come e quanto lo status quo e il cambiamento sono in accordo o in contrasto con i valori personali. Tale valutazione personale comprende sia l'ambito cognitivo che quello affettivo in relazione ad un determinato comportamento;
- rivalutazione ambientale: riconoscere e valutare gli effetti che lo status quo e il cambiamento hanno sull'ambiente (valutazione sia cognitiva che affettiva) compreso anche la consapevolezza di poter essere un modello positivo o negativo per altri;
- liberazione sociale: analizzare con il soggetto ed incrementare le occasioni e le norme sociali che possono supportare il cambiamento.

#### 5 di ordine comportamentale

- autoliberazione: impegnarsi pubblicamente ed accettare la responsabilità del cambiamento;
- controllo dello stimolo: creare, alterare, evitare stimoli che scatenano o incoraggiano il comportamento da modificare;
- controcondizionamento: sostituire i comportamenti da modificare con nuovi comportamenti ed attività (es "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");
- gestione del rinforzo: gratificarsi con un rinforzo positivo dopo aver attuato i nuovi comportamenti salutari;

- relazioni d'aiuto: saper cercare e ricevere supporto da altri per cambiare il comportamento.

I fattori psicologici considerati sono:

- **Self Efficacy** (Autoefficacia, Bandura 1977, 1991, 1995, 1997): 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 fase di 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). Concetto da non confondere con quello di autostima (relativa a giudizi di *valore* personale), la Self Efficacy riguarda giudizi di *capacità* personale e può essere misurata con strumenti specifici per ogni comportamento.
- **Locus of Control** (Rotter 1954): 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).
- **Bilancia decisionale**. 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.

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.

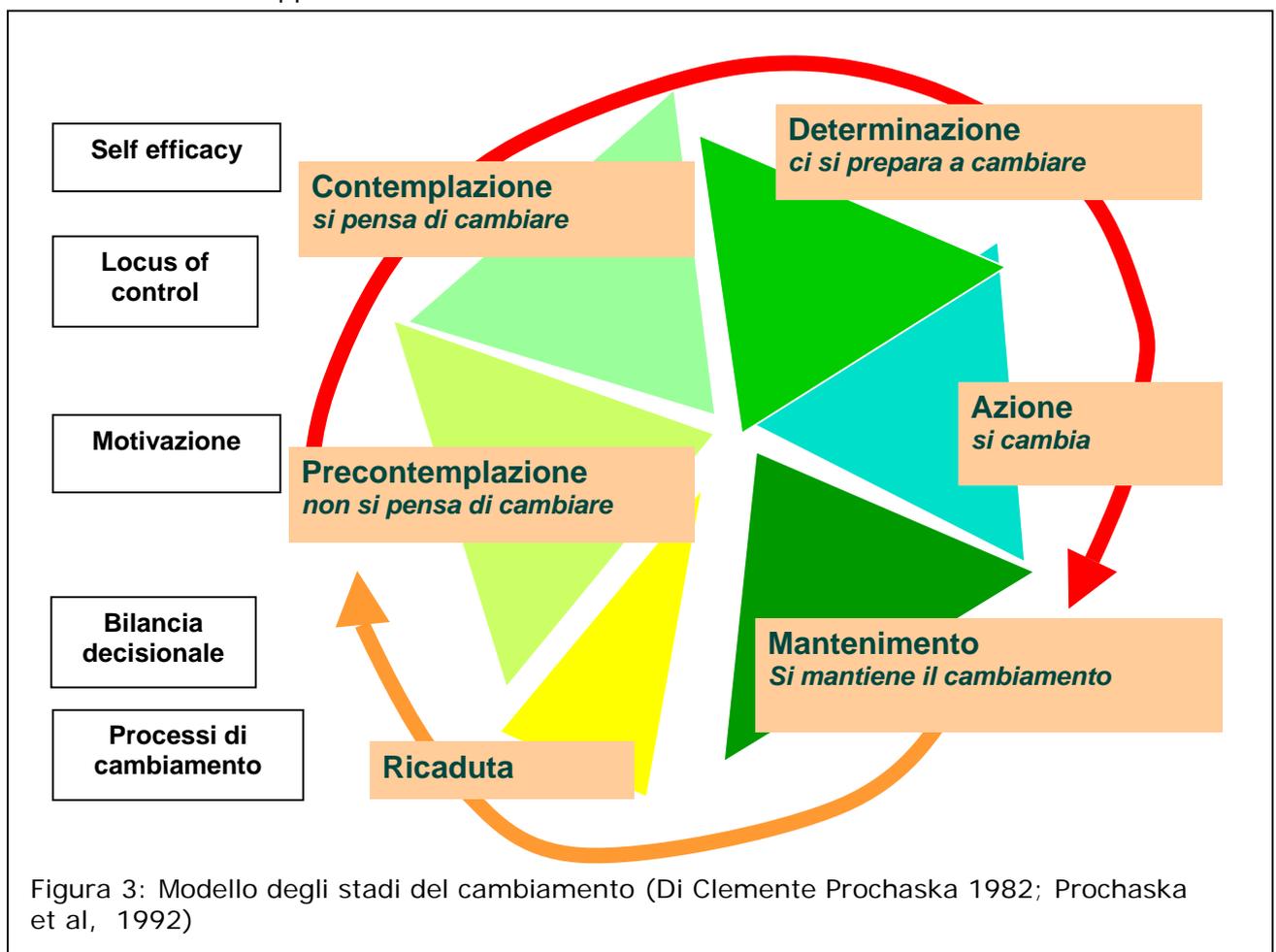


Figura 3: Modello degli stadi del cambiamento (Di Clemente Prochaska 1982; Prochaska et al, 1992)

Aspetti positivi del modello:

- semplice e di facile applicazione
- a stadi
- esplicitazione dei processi di cambiamento
- descrizione delle tecniche per passare da uno stadio all'altro
- alcuni autori suggeriscono che un modello a stadi come il TTM è particolarmente applicabile a comportamenti deliberati, che dipendono dalla volontà individuale (es. esercizio fisico, Norman and Conner, 1996).

Aspetti critici:

- nato per il contesto americano, alcuni processi di cambiamento sono "contesto dipendenti"
- poco applicabile a comportamenti automatici (es. uso delle cinture in auto, Norman and Conner, 1996)
- gli stadi sono considerati categorie "discrete"<sup>6</sup> mentre Bandura, (1997) ha sottolineato come il comportamento umano sia su un continuum che non può essere costretto in categorie discrete
- non è chiaro se si propone di essere un modello predittivo o descrittivo
- 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 precontemplazione

Tale modello è stato applicato con successo ad una grande varietà di comportamenti differenti (Burkholder and Evers, 2002).

---

<sup>6</sup> Le variabili quantitative (misurabili tramite un valore numerico) possono essere **discrete** o **continue**. **Discrete** sono quelle variabili che non possono assumere tutti i valori di un intervallo (Per esempio, il numero dei figli). Sono variabili quantitative **continue** quelle che possono assumere tutti i valori di un intervallo (es età).

## Protection Motivation Theory (Maddux e Rogers, 1983)

E' una teoria della comunicazione persuasiva con enfasi sui processi cognitivi che sono mediatori del cambiamento comportamentale.

Si focalizza su due categorie di risposta ad un messaggio che induce paura: valutazione della minaccia (suscettibilità/ vulnerabilità alla malattia e severità della malattia), valutazione delle abilità di **coping**<sup>7</sup>. Da queste valutazioni deriva una intenzione di agire in modo adattivo o disadattivo, l'intensità di tale intenzione riflette il grado di motivazione a proteggere la propria salute. Questi due processi cognitivi (valutazione della minaccia e valutazione delle abilità di coping) determinano la motivazione alla protezione che è una variabile interveniente che crea sostiene e dirige le attività che l'individuo compie per proteggersi dal pericolo. Questa variabile è tradotta in termini concreti come intenzione a mettere in atto comportamenti protettivi o evitare comportamenti dannosi per la salute. Tale teoria è stata sviluppata in diverse forme ed è una teoria ibrida che riunisce le concettualizzazioni di Health Belief Model di Becker (vulnerabilità, severità e efficacia risposta) e di Self Efficacy Model di Bandura (self efficacy).

Da questa teorizzazione sono nati i messaggi comunicativi che mostrano i danni della patologia, l'incidenza, usano immagini vivide e a colori di soggetti con la malattia in oggetto, ecc.

Il messaggio ha anche l'obiettivo di aumentare l'autoefficacia di chi lo ascolta (ad esempio sottolineare l'importanza della autopalpazione per la prevenzione del tumore al seno e l'abilità delle donne, correttamente addestrate, a svolgere una adeguata autopalpazione). Nelle campagne di screening è sempre meglio puntare sull'efficacia del comportamento preventivo che non sulla pericolosità della patologia e sulla sua incidenza nella popolazione.

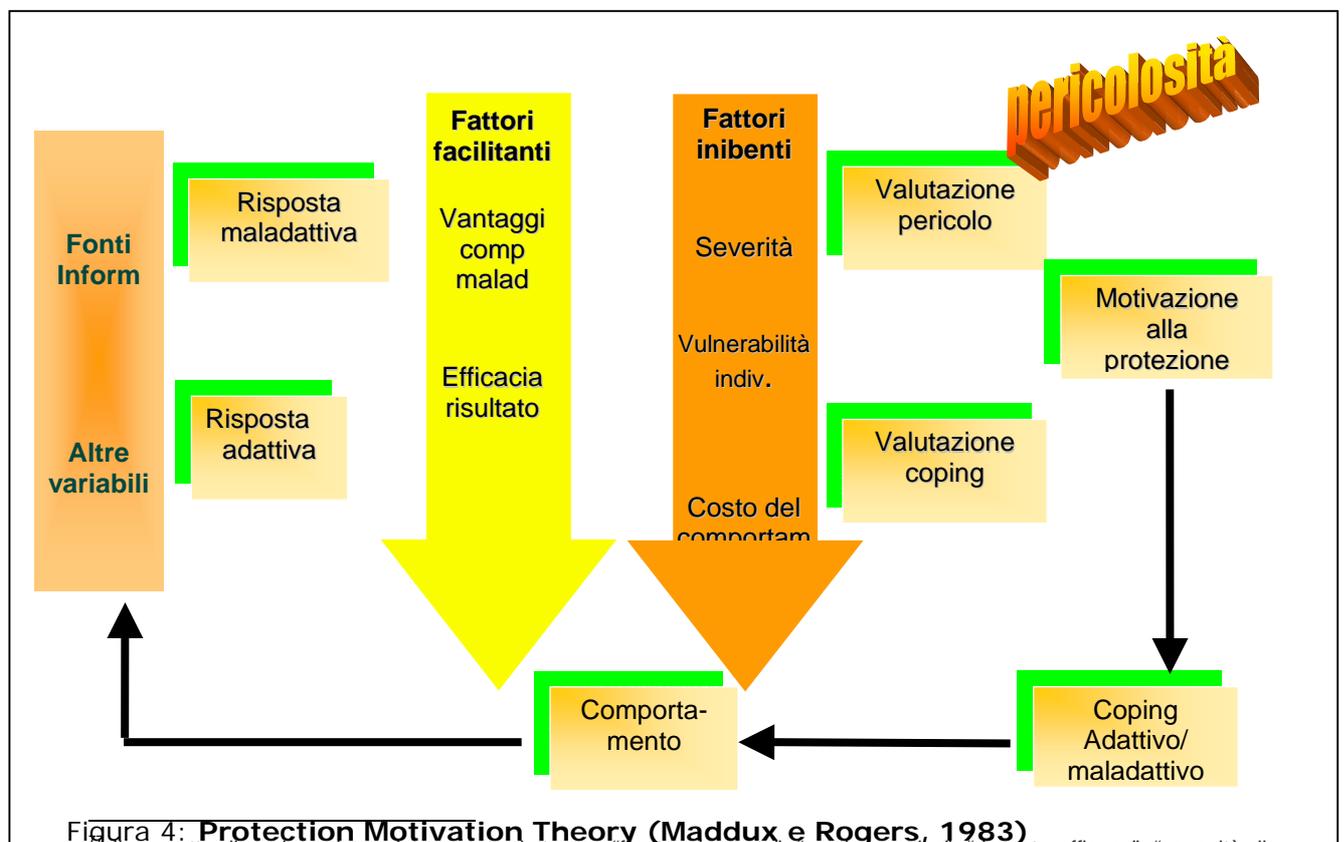


Figura 4: Protection Motivation Theory (Maddux e Rogers, 1983)

Il concetto di coping, che può essere tradotto con "fronteggiamento", "gestione attiva", "risposta efficace", "capacità di risolvere i problemi", indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione.

Aspetti positivi:

- enfasi sugli aspetti cognitivi
- la motivazione è variabile "interveniente" (che interviene tra la fase di percezione dello stimolo e la risposta del soggetto, fa riferimento quindi ai processi interni che influenzano l'adozione di un comportamento)

Aspetti critici:

- teoria ibrida: HBM + Self Efficacy Model
- necessità di studi longitudinali in specifici gruppi a rischio nel tempo
- dipendenza degli elementi evidenziati nel predire il comportamento nella fase di presa di decisione (studiato in HAPA Model di Schwarzer)

## **Health Action Process Approach (HAPA, Schwarzer 1992)**

E' una diretta estensione della teorizzazione di Bandura. L'adozione, l'avvio e il mantenimento di un comportamento consistono in un processo a due stadi:

1. Motivazionale: stimolato dalla percezione del rischio (severità malattia e percezione di vulnerabilità individuale). Anche le aspettative di risultato (sarebbero un precursore dell'autoefficacia) sono importanti in questa fase in cui l'individuo valuta pro e contro del comportamento.
2. Volitivo: coinvolge aspetti cognitivi (piano d'azione e controllo dell'azione), sociali (supporto sociale e assenza di barriere sociali) e comportamentali:
  - Pianificazione dell'azione (l'individuo si prepara all'azione, immaginando i possibili scenari); in questo momento la self efficacy è di fondamentale importanza.
  - Controllo dell'azione, ossia individuazione di strategie per evitare che l'azione venga interrotta e abbandonata, oltre alla soppressione di una eventuale tendenza a compiere altre azioni distraenti.

### **Fase motivazionale**

Consiste in un vero e proprio processo di presa di decisione. Self efficacy e aspettative di risultato sono precursori dell'intenzione comportamentale, mentre precedentemente venivano considerati elementi non correlati, invece tra essi può esservi ordine temporale e causale. In questa fase è importante considerare tra le aspettative di risultato le aspettative di risultato sociale (come proposto nelle teorie di Ajzen): spesso infatti le persone sviluppano una intenzione perché percepiscono una pressione sociale verso il cambiamento.

La relazione tra percezione del rischio (severità malattia + vulnerabilità soggettiva) e conseguente paura (postulata da Health Belief Model) non è ancora chiara. Sicuramente il ruolo della paura è stato sopravvalutato in passato, in realtà il suo potere come predittore del comportamento è limitato come dimostra il fallimento delle campagne informative basate esclusivamente su messaggi che inducono paura. Il messaggio deve stimolare nell'individuo l'autoefficacia e il desiderio di utilizzare le proprie risorse di coping (Bandura, 1991). Quindi la paura va considerata un antecedente distale che favorisce l'attivazione di aspettative di risultato, che stimolano poi il senso di autoefficacia. Una minima dose di paura è funzionale in quanto sollecita l'individuo a considerare i possibili benefici del cambiamento comportamentale.

L'autoefficacia influisce direttamente sulle intenzioni, sugli obiettivi e sui piani d'azione che l'individuo formula. Importante è il ruolo dell'ambiente esterno per favorire e mantenere il cambiamento. Il concetto di self efficacy (che è il miglior predittore dell'intenzione comportamentale) determina:

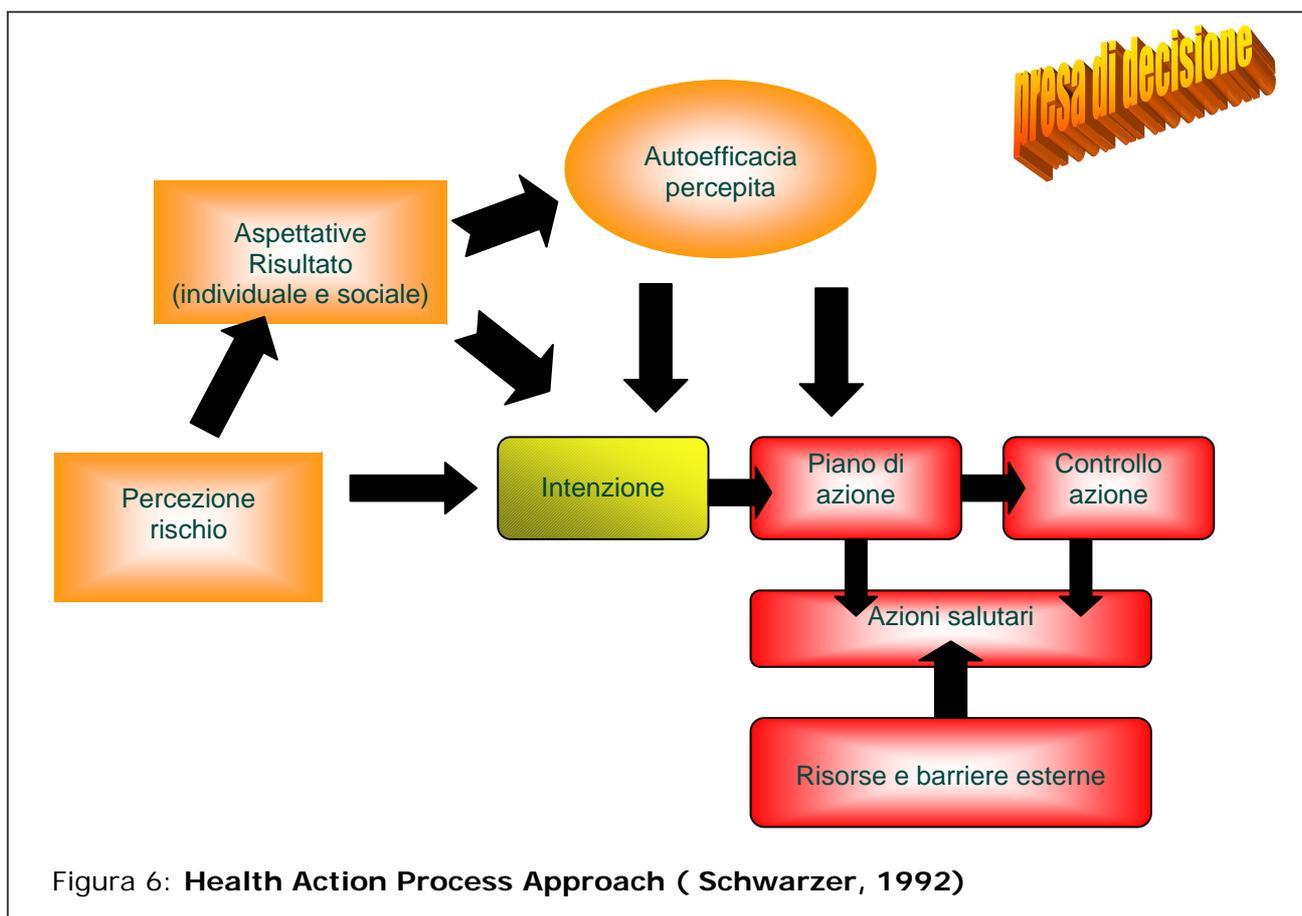
- Sforzo
- Perseveranza
- Motivazione al cambiamento
- scelta del piano di cambiamento

### **Fase volitiva**

La correlazione tra intenzione e comportamento può essere molto variabile: sappiamo bene che le buone intenzioni non necessariamente garantiscono azioni nella direzione corrispondente. Quando è stata compiuta la scelta per un determinato

comportamento, l'intenzione deve essere trasformata in dettagliate istruzioni comportamentali: il piano di azione. La fase volitiva è influenzata dalle aspettative di risultato ma ancor più dalla self efficacy in quanto il numero e la qualità di piani per l'azione sono influenzati dalla fiducia nelle proprie capacità. La self efficacy aiuta a prefigurare scenari immaginari delle proprie azioni, che sono molto importanti in quanto evitano che gli individui agiscano in maniera istintiva, secondo un processo per prove ed errori. Quando una azione viene intrapresa, la self efficacy determina la quantità di impegno e la perseveranza.

Più l'individuo compie riflessioni a livello **metacognitivo**<sup>8</sup> e più possiede abilità di coping, meglio riuscirà ad affrontare le difficoltà connesse al cambiamento. I principali meccanismi per il controllo dell'azione sono la dilazione della gratificazione attraverso la distrazione ed altri metodi cognitivi (anche un bambino è in grado di rinunciare ad una piccola caramella se gli viene promesso un pezzo di dolce più grande più tardi) e l'auto-rinforzo (concedersi un piccolo premio ad ogni traguardo a breve termine, ad esempio dopo ogni giornata senza fumo). Altri aspetti importanti da considerare nella fase volitiva sono le barriere e le facilitazioni ambientali, che possono influire in maniera significativa sulla capacità soggettiva di portare a termine e mantenere il cambiamento( sostegno sociale, sostegno familiare). In sintesi la fase dell'azione può essere descritta su tre livelli: cognitivo, comportamentale e situazionale.



<sup>8</sup> Per "metacognizione" si intende la conoscenza e la consapevolezza delle proprie attività cognitive e mentali, si tratta quindi di una riflessione dell'individuo sui propri pensieri

Aspetti positivi:

- importanza aspetto temporale
- ruolo self efficacy
- distinzione tra processi decisionali/motivazionali, processi di azione/di mantenimento
- superamento della distanza tra intenzione e comportamento

Aspetti critici:

- l'individuo viene considerato un analista razionale

## **SELF REGULATORY MODEL (Leventhal e Cameron, 1987).**

In questo modello l'individuo è visto come attivo problem solver (risolutore di problemi) impegnato nella gestione dello stato di salute. L'individuo dispone di un attivo sistema di acquisizione delle informazioni, che lo porta a produrre sia una rappresentazione mentale della malattia che una risposta emozionale alla malattia. La rappresentazione mentale della malattia e la conseguente risposta emozionale vengono sintetizzate in tre stadi:

1. interpretazione (rappresentazione del problema in termini cognitivi + cambiamento dell'esperienza emozionale, es aumento ansia o paura)
2. coping orientato alla soluzione del problema o all'evitamento
3. valutazione delle strategie utilizzate con la possibilità di rivedere e modificare il proprio comportamento.

Aspetti positivi:

- ricchezza di contenuti, dinamicità dei contenuti tra loro

Aspetti critici:

- la ricchezza del modello rende difficile l'analisi in termini statistici e la verifica in ambito sperimentale

## 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).

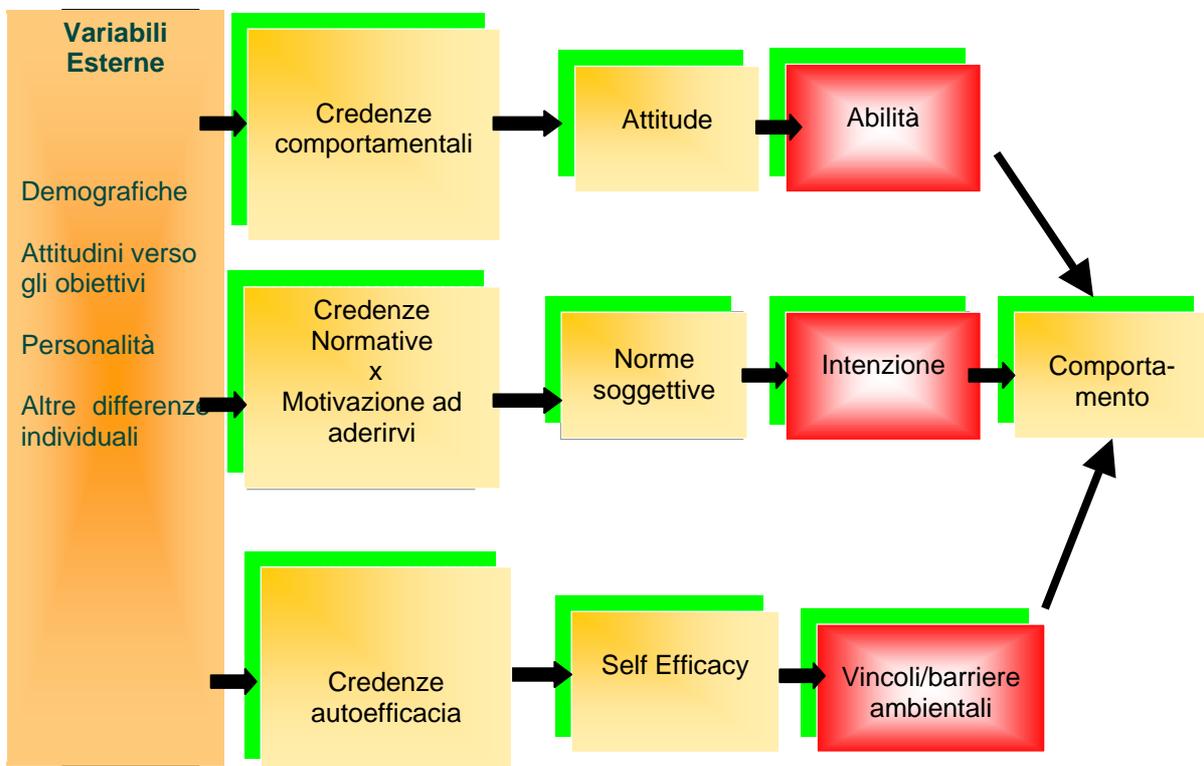


Figura 7: Integrative Model (Fishbein, 2000)

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 falsificabilità<sup>9</sup> 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 specificino 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 né 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).

---

<sup>9</sup> 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	Personali Situazionali	Sistema sanitario
<b>Social cognitive Model</b>								
<b>HBM</b>								
<b>Reasoned Action</b>								
<b>Planned Behavior</b>								
<b>Protection Motivation</b>								

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. Traduz 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, MD: 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.