



METODI DI STUDIO

UNO STUDIO CAP (CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI E PRATICHE) PER STIMARE GLI EFFETTI PRODOTTI DA ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE RIVOLTE A GENITORI DI ALUNNI DELLA SCUOLA PRIMARIA SU CORRETTA ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA

Chiara Cattaneo, Benedetta Contoli, Anna Lamberti,
Barbara De Mei, Arianna Dittami e Alberto Perra

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Nel 2008 OKkio alla SALUTE, sistema di sorveglianza nazionale dello stato ponderale, delle abitudini alimentari e dell'attività fisica dei bambini, ha evidenziato che il 36% degli alunni della classe terza della scuola primaria presenta un eccesso di peso (1). Tra i fattori di rischio, associati al problema del sovrappeso e dell'obesità, è considerata di particolare importanza anche la scorretta percezione della situazione nutrizionale del proprio figlio da parte dei genitori. Come in altri contesti (2), anche nella nostra indagine è emerso che il 49% delle madri di bambini in sovrappeso e il 10% delle madri di bambini obesi considerano il proprio figlio normopeso o sottopeso. I risultati della sorveglianza evidenziano che le scorrette abitudini alimentari, quali una colazione non bilanciata, l'eccessivo uso di bibite zuccherate e lo scarso consumo di frutta e verdura, sono tra i maggiori fattori di rischio per il sovrappeso e l'obesità nei bambini (1). Aumentare la consapevolezza dei genitori appare, quindi, essenziale per migliorare la situazione nutrizionale dei bambini (3).

A tal fine, fra marzo e settembre 2009, l'Istituto Superiore di Sanità ha sperimentato un intervento di comunicazione su un campione di genitori delle classi partecipanti a OKkio alla SALUTE,

mirato a favorire maggiore consapevolezza dell'importanza del peso dei bambini, promuovendo una corretta alimentazione e una diminuzione della sedentarietà.

Per valutare l'efficacia di tale intervento è stato realizzato uno studio CAP (conoscenze, atteggiamenti e pratiche, in inglese KAP, knowledge, attitude and practice) con la somministrazione ripetuta di un questionario ai genitori che hanno partecipato all'intervento comunicativo con l'obiettivo di valutarne i cambiamenti nelle conoscenze, negli atteggiamenti e nei comportamenti, rispetto ai temi trattati durante gli incontri.

Lo studio è stato condotto su un campione di 54 classi, estratte casualmente dalle 2.610 classi di tutte le regioni partecipanti al sistema di sorveglianza. I genitori degli alunni di ciascuna classe campionata sono stati invitati dalla scuola a partecipare all'intervento comunicativo in forma di discussione guidata della durata di circa un'ora e trenta, condotto in maniera standardizzata da operatori sanitari appositamente formati, al termine del quale è stato consegnato un opuscolo informativo. Il questionario è stato somministrato e compilato in forma anonima, prima dell'intervento (T0) e a circa 3 mesi di distanza (T1). Costi-

tuito da 39 domande, è stato strutturato al fine di raccogliere informazioni specifiche sulle abitudini dei bambini, nonché sulle conoscenze e gli atteggiamenti dei genitori sui temi affrontati nell'intervento di comunicazione e su alcuni aspetti socio-demografici. Gli atteggiamenti sono stati studiati con le risposte ad affermazioni su scala Likert (4), con 6 livelli di accordo/disaccordo con quanto espresso. Per ciascuna domanda è stato calcolato il valore medio del punteggio espresso in T0 e in T1, confrontandolo con un t-test per dati appaiati nella forma unilaterale e assumendo che la media T1 fosse maggiore della media T0, cioè che si verificasse un progresso negli atteggiamenti favorevoli al messaggio proposto durante l'intervento di comunicazione. Per le domande a risposta multipla, che valutavano conoscenze e comportamenti in rapporto alle raccomandazioni in uso nel nostro Paese o in campo internazionale, sono state calcolate le proporzioni di risposte esatte T0 e T1 ed è stato applicato il test parametrico per il confronto tra proporzioni. Sono state, inoltre, indagate eventuali associazioni fra le caratteristiche demografiche e socio-economiche dei rispondenti e i cambiamenti misurati nelle conoscenze, negli atteggiamenti e nei comportamenti. Ciò, per veri- ►

Tabella - Conoscenze dei genitori su alcune abitudini nei bambini, rilevate al T0* e al T1** dopo l'intervento di comunicazione (n. 199 questionari appaiati)

Variabile studiata	T0* (media)	T1** (media)	Differenza	p
Colazione corretta	90,3	95,4	5,1	0,02
Bibite zuccherate	9,6	14,1	4,5	0,09
Consumo frutta e verdura	7,6	25,8	18,2	0,00
Attività fisica giornaliera	51	57,6	6,6	0,09
Ore di TV e videogiochi giornalieri	43,9	48,2	4,3	0,2
Ore sonno giornalieri	36,6	41,9	5,3	0,14

(*) Questionario somministrato prima dell'intervento comunicativo; (**) questionario somministrato dopo tre mesi dall'intervento comunicativo

ficare se l'intervento di comunicazione producesse gli stessi cambiamenti in gruppi di persone con caratteristiche diverse con lo scopo di adattare eventualmente i contenuti e le modalità degli strumenti di comunicazione (incontro e opuscolo) alle caratteristiche del target.

Nelle due rilevazioni sono stati compilati complessivamente 870 questionari. Per l'analisi appaiata ne sono stati presi in considerazione 398, rappresentativi di 199 genitori che hanno compilato il questionario nei due momenti previsti. Il 95% del campione è costituito dalle madri degli alunni, di età mediana 40 anni (range 24-59). Il 16% possiede un diploma di laurea, il 44% di scuola superiore, il 35% la licenza media, il 5% quella elementare. Relativamente all'attività lavorativa, il 58% è stabilmente occupato, il 20% in maniera saltuaria e il 23% non occupato.

Lo studio delle risposte al T0 evidenzia livelli di conoscenza iniziali molto diversi:

- più bassi per alcune abitudini corrette sull'alimentazione dei bambini; ad esempio solo il 10% dei genitori sapeva del consumo giornaliero raccomandato di 5 porzioni di frutta e verdura o dei limiti al consumo di bibite zuccherate;
- intermedi circa l'importanza dell'attività fisica e del movimento; ad esempio il 51% dei genitori sapeva che i bambini dovrebbero svolgere almeno un'ora di attività fisica ogni giorno e solo il 44% è consapevole che non si devono superare le due ore al giorno dedicate allo "schermo" cioè a TV e videogiochi;
- elevati; ad esempio sulla caratteristiche della colazione sana, per la quale il 90% dei genitori aveva una corretta conoscenza degli ingredienti.

Dopo l'intervento di comunicazione e la seconda somministrazione del questionario si sono rilevati dei cambiamenti nelle conoscenze, alcuni dei quali sono riassunti nella Tabella.

Dopo 3 mesi (T1) sono state rilevate incrementi significativi delle conoscenze su caratteristiche della colazione, consumo di frutta e verdura e bibite zuccherate, e incrementi anche su attività fisica giornaliera, ore di "schermo" e ore di sonno del bambino.

L'analisi degli atteggiamenti favorevoli alle sane abitudini alimentari, all'attività fisica adeguata e alla limitazione della sedentarietà dei bambini ha dimostrato cambiamenti limitati e non statisticamente significativi.

Infine, l'analisi dei cambiamenti dei comportamenti riferiti dai genitori dopo l'intervento comunicativo ha mostrato dei progressi modesti, seppure non statisticamente significativi, prevalentemente nella preparazione della colazione prima della scuola, nella diminuzione della TV in camera da letto (disponibile per il 49% dei bambini nella rilevazione T0), nell'adeguamento delle ore di sonno per i bambini.

Non sono state rilevate differenze significative nei progressi delle conoscenze per i genitori di diversa situazione socio-economica o con diversa scolarità.

In conclusione, lo studio CAP si è rivelato un utile strumento per valutare gli effetti delle attività di comunicazione con i genitori. Gli incontri di comunicazione hanno complessivamente prodotto un miglioramento nelle conoscenze, ma non appaiono in grado di modificare in maniera convincente atteggiamenti e comportamenti. L'incontro strutturato e l'opuscolo informativo hanno prodotto risultati simili per i diversi target della comunicazione, indipendentemente dalla situa-

zione socio-economica, educazione o età, confermando la buona qualità degli strumenti e della strategia di comunicazione. In generale, i risultati della nostra valutazione hanno fornito orientamenti utili a migliorare futuri interventi. In particolare, emerge la necessità di modificare i contenuti dei messaggi utilizzati, in modo da favorire un aumento di conoscenza per tutti i temi trattati, spesso propedeutico alla effettiva modifica pratica dei comportamenti. In questo senso, risulta evidente la necessità di implementare l'impatto della comunicazione su argomenti definibili critici, ossia quelli caratterizzati da livelli conoscitivi di partenza relativamente bassi, come ad esempio il consumo di frutta e verdura e di bibite zuccherate. Sarà inoltre importante individuare strumenti più idonei per un maggiore coinvolgimento dei genitori. È tuttavia evidente che, per ottenere dei cambiamenti significativi nell'ambito delle problematiche legate al sovrappeso e all'obesità, la comunicazione può solo essere uno strumento da utilizzare all'interno di un piano strategico più ampio che preveda interventi integrati e multi-componenti (5).

Riferimenti bibliografici

1. Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, *et al.* (Ed.). *OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN 09/24).
2. Huang JS, Becerra K, Oda T, *et al.* Parental ability to discriminate the weight status of children: results of a survey. *Pediatrics* 2007;120(1):e112-9.
3. Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, *et al.* Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics* 2005;116(1):e94-101.
4. Marradi A, Gasperoni G (Ed.). *Costruire il dato. Le scale Likert*. Vol. 3. Milano: Franco Angeli Editore; 2002.
5. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school- and community-based interventions for pediatric overweight. *J Am Diet Assoc* 2006;106(6):925-45.

UNO STUDIO CAP (CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI E PRATICHE) SULL'ADESIONE ALLO SCREENING DEL CARCINOMA DELLA CERVICЕ UTERINA IN UN CAMPIONE DI DONNE DELLA ASL 2 DI POTENZA

Angela Giusti¹, Antonella Pesce² e Alberto Perra¹

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

²Consulterio Familiare di Sant'Arcangelo, Dipartimento Materno Infantile, ASP Potenza

Nell'Unione Europea si stima che si verifichino annualmente 34.000 nuovi casi di tumore della cervice uterina e oltre 16.000 decessi con un forte impatto sociale. Il target, infatti, è costituito prevalentemente da donne di 35-50 anni, nel pieno della loro vita attiva sia sul piano professionale che familiare (1). Nel nostro Paese, recenti stime indicano annualmente circa 3.500 nuovi casi diagnosticati e circa 1.100 morti (2). L'incidenza e la mortalità si sono fortemente ridotte dagli anni '60 ad oggi e l'attività di screening è garantita gratuitamente a tutte le donne dai livelli essenziali di assistenza. Nel 2009 la percentuale di donne che viveva in un'area dove era attivo un programma di screening ha raggiunto il 77% e, a differenza di quanto avviene negli altri programmi di screening (colon-retto e mammella), non si osservano differenze importanti nella distribuzione geografica tra Nord, Centro e Sud (3). Dal 1999, in regione è attivo il progetto "Basilicata donna" per la prevenzione dei tumori al seno e all'utero, promosso dall'assessorato regionale alla salute. Nel 2006, il tasso di adesione allo screening citologico era rispettivamente del 40,5% per l'insieme della regione e del 45% per l'ASL 2 di Potenza. In attesa della messa a regime della sorveglianza PASSI, destinata a fornire dati di qualità e tempestivi sull'andamento degli screening, nel 2007 la necessità di comprendere le ragioni dell'adesione/non adesione al programma di screening tramite pap test ha giustificato questa indagine trasversale di tipo CAP (conoscenze, atteggiamenti e pratiche, in inglese KAP, knowledge, attitude and practice). L'indagine è stata realizzata, tra luglio e ottobre 2007, attraverso la somministrazione telefonica di un questionario standardizzato. Al fine di ottenere una precisione di $\pm 5\%$ per le principali variabili (con IC al 95%), con metodo casuale semplice, sono state campionate dalla lista anagrafica sanitaria 200 donne appartenenti alla popolazione target per lo screening (25-64 anni), effettuando le sostituzioni in un range di più o meno 5 anni. Il questionario è stato

strutturato integrando le sezioni "Qualità di vita percepita" e "Il tumore del collo dell'utero" impiegato nella sorveglianza PASSI e "Atteggiamenti nei confronti del pap test" utilizzato dall'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna nello studio "Sana o Salva" (4). Il questionario prevedeva diverse sezioni: lo stato di salute attuale e la qualità di vita percepita, le conoscenze e gli atteggiamenti sul pap test, le fonti informative, i comportamenti e i dati socio-anagrafici. Gli atteggiamenti sono stati misurati usando una scala di Likert a 5 punti. L'analisi, realizzata con Epi Info, ver 3.5.1, è basata sulla stima della prevalenza delle conoscenze e dei comportamenti e di alcuni gruppi di atteggiamenti. Molte variabili sono state studiate comparativamente su due gruppi di donne che rispettivamente hanno effettuato e no, durante la propria vita, almeno un pap test a scopo preventivo (donne PT+ e donne PT-). Un modello di analisi multivariata è stato costruito al fine di precisare i fattori principali di adesione allo screening del campione intervistato.

Sulle 200 donne inizialmente campionate sono state effettuate 62 sostituzioni (31%) a causa dell'irreperibilità dei numeri di telefono; complessivamente 14 (7%) hanno rifiutato l'intervista e 7 (3,5%), a causa di una pregressa isterectomia, non hanno risposto a tutte le sezioni del questionario. Di età media 44 anni (mediana 43), nel 58% dei casi le intervistate avevano un titolo di studio medio-basso (licenza media inferiore o scuola elementare), nel 42% alto (diploma o laurea). Rispetto alla composizione del nucleo familiare, il 17% ha dichiarato di vivere in coppia senza figli, il 74% in coppia con figli, il 7% con i genitori o altri parenti e il 2% da sola. Il 42,4% era casalinga, il 34% aveva un'occupazione stabile, l'8,4% un'occupazione saltuaria, il 6,7% in cerca di occupazione e il 6,7% era pensionata.

Il 60% (IC 95% 52,2-67) delle donne ha effettuato almeno un pap test a scopo preventivo nella vita, mentre il 53,7% negli ultimi 3 anni, come da linee guida;

fra queste, le donne della classe di età 45-64 anni mostrano livelli di adesione superiori rispetto alle donne più giovani di 25-44 anni (60% vs 47%, $p < 0,0002$). Dall'analisi multivariata successivamente effettuata, i fattori positivamente associati all'adesione allo screening durante tutta la vita sono l'età (45-64 anni, $p < 0,001$) e negativamente l'occupazione saltuaria ($p = 0,05$), mentre le altre tipologie occupazionali, la scolarità e la convivenza non risultano significativamente associate. Il 40% delle donne che non ha mai praticato lo screening riferisce come motivazione il non averne avuto bisogno (73%), la mancanza d'informazione (17%), l'imbarazzo, la paura o il fastidio (10%). I risultati dello studio per gli aspetti che riguardano le conoscenze sono riassunti nella Tabella, differenziati per le due categorie di rispondenti.

Le donne PT+ presentano in generale una migliore comprensione dell'utilità del test, riferiscono una maggiore esposizione all'informazione scritta (giornali e soprattutto materiale divulgativo cartaceo), ma anche comunicata oralmente da personale sanitario, una maggiore opportunità di contatto con il sistema sanitario, attraverso lettera d'invito, consigli e campagna di comunicazione.

La Figura mostra, in barre percentuali, alcuni atteggiamenti rispetto al pap test delle donne PT+ e PT-.

Le donne con PT+ hanno una migliore percezione dei benefici dello screening rispetto alla sua efficacia per una diagnosi precoce, utile ai fini di un trattamento precoce e quindi alla prevenzione della mortalità legata al tumore.

Le donne PT+ considerano il test molto più utile, rispetto alle donne PT-, ai fini della diagnosi e del successivo trattamento di lesioni non cancerose. Entrambi i gruppi di donne tuttavia considerano il test specifico e rapido tale da non comportare una perdita di tempo significativa.

Al contrario, le donne PT- paventano per il pap test ansia, imbarazzo, disagio e dolore in misura maggiore rispetto alle donne PT+; nonostante ciò, le ►

difficoltà di gestione emotiva del test e dei suoi risultati da parte delle donne PT- non sembrano, nel nostro studio, un determinante maggiore di non partecipazione. Le donne PT- riferiscono minore supporto, rispetto alle donne PT+, sia da parte dei familiari sia, in maniera più significativa, da parte delle amiche e da parte degli operatori sanitari da cui hanno ricevuto in misura inferiore il consiglio di fare regolarmente il pap test a scopo preventivo.

In linea con una recente revisione sistematica Cochrane (5), il consiglio di un operatore sanitario, ma soprattutto la lettera d'invito, costituiscono un determinante positivo per il pap test. Nelle donne PT+, infatti, la prevalenza della dichiarazione di aver ricevuto la lettera d'invito è all'incirca tripla rispetto alla

donne PT- (94% vs 33%). È probabile però che fattori attinenti alle conoscenze delle donne possano condizionare l'effetto della lettera d'invito. Coerentemente con quanto documentato di recente in letteratura (6), nel nostro campione molte donne hanno conoscenze approssimative o errate circa l'utilità del pap test, in particolare nel gruppo delle PT-, il che contribuirebbe a spiegare perché un terzo delle donne PT- abbia ricevuto la lettera senza tuttavia fare il test. Lo sviluppo di atteggiamenti favorevoli all'esecuzione del pap test non è tuttavia necessariamente associato alla quantità di informazione messa a disposizione delle donne, ma è comunque ragionevole ipotizzare che nel nostro campione di donne PT- una parte degli atteggiamenti sfavorevoli si giustifichi con la

loro maggiore carenza di conoscenze. Una parte di tali atteggiamenti può anche essere spiegata dalla mancanza di supporto che dovrebbe al contrario essere assicurato dal contatto individuale con gli operatori sanitari e dall'ambiente familiare e sociale. La rilevazione della percezione di scarso supporto da parte delle amiche per la realizzazione del pap test, riferito dalle donne PT-, da una parte contribuisce a spiegare la scarsa adesione ma può anche suggerire modalità complementari di effettuazione della promozione del pap test attraverso la rete sociale. Tale promozione, secondo i risultati dello studio, dovrebbe avvenire anche tramite azioni volte ad aumentare la conoscenza delle donne sul tumore e sui metodi di prevenzione, cominciando con le donne più giovani, e azioni di formazione sulla comunicazione per il personale sanitario che più frequentemente entra in contatto con la popolazione femminile target del pap test. ■

Tabella - Conoscenze sul pap test (%) per gruppo di donne con pap test preventivo (PT+) e no (PT-) (n. 178)

Tipo di conoscenza o di informazione acquisita	Donne PT+	Donne PT-
Il pap test è uno strumento di prevenzione per:		
tumore del collo uterino	11	0
tumore dell'utero	50	21
prevenzione dei tumori dell'apparato genitale senza specificare l'utero	22	50
tumori altre sedi, infezioni, trattamento infezioni, non so	17	39
Frequenza di fonte di informazione sul pap test:		
giornali	35	22
medici di medicina generale	32	21
materiale divulgativo cartaceo	31	7
televisione o radio	29	14
altro personale sanitario	27	12
amiche	12	14
familiari	7	4
Opportunità comunicative da parte del sistema sanitario:		
ricezione della lettera di invito della ASL	100	39
consiglio da parte di operatori sanitari	58	25
campagna di comunicazione	66	34

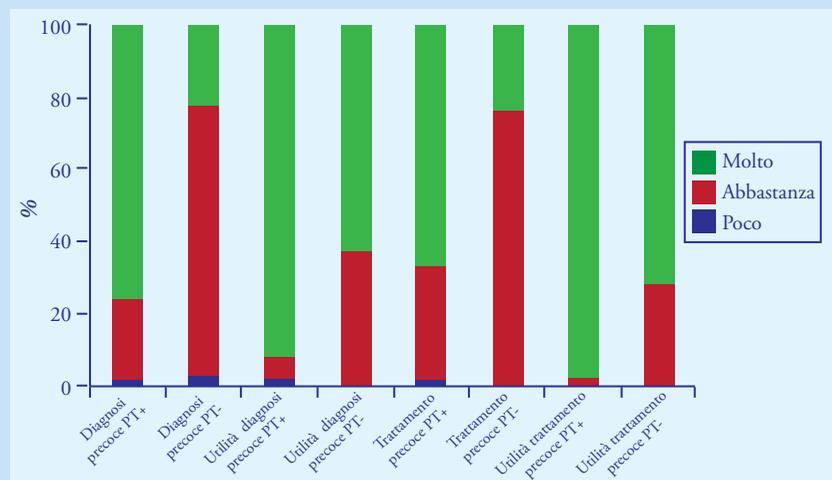


Figura - Atteggiamenti sull'utilità del pap test ai fini della prevenzione del tumore e della cura precoce, per gruppo di donne con pap test preventivo (PT+) e no (PT-), in % (n. 178)

Riferimenti bibliografici

1. Health and Consumer Protection. European guidelines for quality assurance of cervical cancer screening and diagnosis (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/cervical_cancer_information.pdf).
2. Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 (www.ccm-network.it/node/956).
3. Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia, 2010. Screening del tumore dell'utero (www.studio-sesto.com/ons/images/stories/screening_cervice_light.pdf).
4. Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna. Sana o Salva. Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna (http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss138.htm).
5. Everett T, Bryant A, Griffin MF, et al. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD002834.
6. Vasconcelos CT, Pinheiro AK, Castelo AR, et al. Knowledge, attitude and practice related to the pap smear test among users of a primary health unit. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011;19(1):97-105.

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it