

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Medicina

Corso di laurea in

INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**HEALTH LITERACY E LA STRATEGIA DEL
TEACH-BACK METHOD
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Prof.ssa Galzignato Stefania

Laureanda: Omeri Chiara

Anno Accademico: 2014-2015

INDICE

ABSTRACT

PRIMO CAPITOLO

1.1	Promozione della Salute	1
1.2	Il concetto di Literacy	3
1.3	Health Literacy	4
1.4	La comunicazione	5

SECONDO CAPITOLO

2.1	Materiali e metodi	9
2.2	Caratteristiche della letteratura	10

TERZO CAPITOLO

3.1	L'Health Literacy come capacità di empowerment	11
3.2	L'Health Literacy e il sistema sanitario	13
3.3	I livelli di Health Literacy	14
3.4	Determinanti della Salute	15
3.5	I Domini sociali	17
3.6	Metodi e strumenti di misurazione dell'Health Literacy	18
3.7	Strategie di comunicazione	20
3.8	Teach-Back Method	22

QUARTO CAPITOLO

4.1	Discussione	25
4.2	Implicazioni per la pratica	28

Tabella degli articoli

Bibliografia

Allegato 1

ABSTRACT

Il problema:

L'*Health Literacy* è un concetto relativamente nuovo nella promozione della salute che, in italiano, trova il suo corrispettivo in “competenze per la salute” o “alfabetizzazione alla salute”. È definita come il “grado di capacità degli individui di accedere, elaborare e comprendere le informazioni e i servizi adeguati per promuovere e decidere della propria salute”.

La misura individuale dell'alfabetizzazione sanitaria è usata raramente dagli operatori sanitari, si preferisce basarsi solamente sul grado di istruzione per accertare il livello di Health Literacy, il quale però è determinato da vari elementi: istruzione, lingua, cultura, accesso alle risorse ed età.

Il materiale informativo fornito dalle aziende sanitarie risulta essere molto eterogeneo e standardizzato, non tenendo conto della leggibilità, della comprensibilità e in generale dell'efficacia comunicativa. Durante la relazione con il paziente si tende a voler dare troppe informazioni creando maggiore confusione, senza soffermarsi sugli argomenti importanti e spiegarli nel modo più chiaro più possibile.

L'Health Literacy è ormai considerata un determinante di salute, in quanto influenza gli stili di vita sani, l'adesione alle terapie e l'appropriato accesso ai servizi sanitari.

Obiettivo:

Lo scopo di questo elaborato è analizzare, attraverso la letteratura, se la promozione della salute finalizzata al self management è influenzato dall'Health Literacy e verificare l'efficacia delle strategie di comunicazione.

Strategie:

Per eseguire questo elaborato, è stata effettuata una ricerca bibliografica nelle banche date di *PubMed* e *Google Scholar* tramite l'inserimento di parole chiave e criteri di esclusione. Sono stati consultati anche dei siti internet che espongono questo argomento.

Sono stati selezionati 15 articoli ed esaminati dei documenti ufficiali: *Health Promotion Glossary*, 1998 version; WHO (21 November 1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. *World Health Organization*, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. *Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa, Ontario, Canada;

Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, Bangkok 2005 e *Il Codice deontologico dell'Infermiere*, 17 gennaio 2009 Roma.

Risultati:

Dall'analisi degli articoli esaminati si evidenzia la mancanza, da parte dell'infermiere, di valutare l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti attraverso specifiche domande o test.

Si evince una limitata conoscenza degli operatori sanitari dell'importanza dell'health literacy e dell'influenza che ha nella promozione della salute, ma soprattutto nelle capacità decisionali e di comprensione degli utenti.

Per quanto riguarda le strategie di comunicazione si è rilevato che il *Teach-Back Method* permette di aiutare sia l'operatore sanitario sia il paziente: l'infermiere riesce a fare un discorso strutturato che spieghi tutti i punti fondamentali e verifica se il discorso è stato compreso, dall'altra parte il paziente è costretto a stare attento e a ripetere quello che ha inteso, inoltre si sente più libero di fare domande se non ha compreso determinate informazioni.

PRIMO CAPITOLO

1.1 Promozione della Salute

Questa breve trattazione del concetto di promozione della salute è sufficiente a delineare la cornice entro cui si colloca l'Health Literacy. Il concetto di salute è cambiato nel tempo, da "assenza di malattia" a "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità". Tale definizione è stata formulata nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è ancora oggi alla base della definizione ufficiale del termine "salute".

L'OMS chiede ai governi di adoperarsi responsabilmente, attraverso un programma di educazione alla salute, per la promozione di uno stile di vita consono allo sviluppo di condizioni pratiche in grado di garantire ai cittadini un alto livello di benessere.

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla¹. Per giungere a un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.

Un altro aspetto fondamentale della promozione alla salute è il riconoscimento della soggettività, introdotta proprio nella definizione dell'OMS che intende la salute come uno stato di benessere.

La soggettività incide in modo determinante sulla salute. La modalità di percepire la realtà da parte del soggetto influenza il suo stato di salute. Un altro elemento che caratterizza l'educazione sanitaria è il concetto di equilibrio, in base al quale la salute non è uno "stato" ma una condizione dinamica di equilibrio, fondata sulla capacità del soggetto di interagire con l'ambiente in modo positivo nel continuo modificarsi della realtà circostante.

Nel 1986 si tiene la 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute per stimolare l'azione a favore della Salute per tutti, durante la quale viene redatta La Carta di Ottawa, dove vengono identificate tre strategie per la promozione della salute:

- *Advocacy*: per creare le condizioni per la salute;

¹ Health Promotion Glossary, 1998 version

- *Enabling*: per permettere alle persone di raggiungere il massimo potenziale di salute, riducendo le differenze nello stato di salute e assicurando pari opportunità e risorse;

- *Mediating*: per mediare tra i vari interessi della società per raggiungere gli obiettivi di salute.

Le linee d'azione, riconosciute dalla Carta, risultano essere: 1) “costruire una politica pubblica per la tutela della salute”, 2) “creare ambienti favorevoli a scelte salutari”, 3) “rafforzare l'azione della comunità”, 4) “sviluppare le abilità personali”, 5) “riorientare i servizi sanitari”.

I prerequisiti e le aspettative per la salute non sono determinati solo dal settore sanitario, ma ci deve essere una coordinazione tra governi, settore sanitario e gli altri settori, le autorità locali, le organizzazioni non governative e infine i mezzi di comunicazione. Questo permette di adattare i programmi di promozione ai bisogni e alle possibilità di ogni paese, in modo tale che le scelte più sane siano quelle più facili da raggiungere².

Le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il progresso dei livelli di salute deve essere saldamente costruito su questi prerequisiti.

Nel 2005 si è svolta in Thailandia la 6° Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute dove viene varato il documento chiamato “Carta di Bangkok”. Le Nazioni Unite riconoscono che l'ottenimento di un più alto standard attendibile di salute è uno dei fondamentali diritti di ogni essere umano senza discriminazioni³. Il panorama internazionale è cambiato, sempre più caratterizzato dall'aumento delle diseguaglianze all'interno e tra nazioni, nuovi modelli di consumo, di comunicazione e di commercializzazione, l'aumento del degrado ambientale e dell'urbanizzazione. La carta di Bangkok accompagna e completa i valori, i principi e le azioni strategiche di promozione alla salute stabilite dalla Carta di Ottawa. Per fare altri passi avanti, tutti i settori e i contesti devono operare per: 1) “Sostenere la causa della salute nel rispetto dei diritti umani e della solidarietà”, 2) “Investire in politiche, azioni e infrastrutture per indirizzare i determinanti di salute”, 3) “Creare competenze per sviluppo politico, la capacità di guida,

² WHO (21st November 1986) Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, Ontario, Canada

³ Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, Bangkok 2005

la pratica della promozione della salute, la diffusione delle conoscenze, la ricerca e l'alfabetizzazione sanitaria”, 4) “Regolare e legiferare per assicurare un alto livello di protezione da ogni causa di danno alla salute e permettere uguali opportunità di salute e benessere per tutti”, 5) “Associarsi e costruire alleanze tra il settore pubblico, quello privato, le organizzazioni non governative e la società civile per creare azioni sostenibili”.

La carta sottolinea che la globalizzazione offre delle nuove opportunità: “lo sviluppo della tecnologia delle comunicazione e dell'informazione” e “il miglioramento della gestione delle risorse mondiali e la condivisione delle esperienze”.

La persona deve essere in grado di comprendere i servizi offerti per essere libero di scegliere e mettere in pratica il diritto datogli dalla Costituzione Italiana: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

1.2 Il concetto di Literacy

L'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura definisce la literacy come la *“the ability to identify, understand, interpret, create, communicate and compute, using printed and written materials associated with varying contexts. Literacy involves a continuum of learning in enabling individuals to achieve his or her goals, develop his or her knowledge and potential and participate fully in community and wider society⁴.”*

Literacy in italiano può essere tradotto con il termine “alfabetizzazione” ed è il processo di acquisizione ed utilizzo delle capacità di leggere e scrivere e ogni altro strumento di comunicazione, in modo da riuscire a comprendere e raggiungere i propri obiettivi.

Literacy è un concetto importante con due tratti distintivi: *task-based* e *skill-based*. Il primo riguarda le capacità di una persona di eseguire attività di alfabetizzazione di base

⁴ UNESCO Aspects of Literacy Assessment: Topics and issues from the UNESCO Expert Meeting, 10-12 June, 2003

come leggere un semplice testo o scrivere una semplice dichiarazione. Il secondo, invece, si basa su conoscenze e abilità che un adulto deve possedere per eseguire questi compiti⁵.

Le competenze di base di alfabetizzazione permettono alle persone di sviluppare al meglio le proprie conoscenze e migliorare il potenziale per raggiungere i propri obiettivi in campo sociale, economico ma anche della salute.

Nel 2012, secondo l'Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS), non hanno ancora le capacità di base di literacy 775 milioni di soggetti adulti, di cui il 64% di genere femminile. La regione del Sud e Asia occidentale, invece, è sede di più di metà della popolazione analfabeta globale (52%).

Inoltre, il 22% di tutti gli adulti analfabeti vive nell'Africa sub-sahariana, il 13% in Asia orientale e nel Pacifico, il 6,5% negli Stati Arabi ed il 4,7% in America Latina e Caraibi. Si stima che meno del 2% della popolazione mondiale viva analfabeti nelle restanti regioni combinate⁶.

1.3 Health Literacy

Il concetto di Health Literacy si basa sull'assunto che salute (health) e conoscenze (literacy) rappresentano risorse fondamentali per il benessere singolo e della comunità.

Se la literacy si riferisce alle competenze di base, come spiegato nel precedente paragrafo, l'health literacy richiede alcune competenze aggiuntive, comprese quelle necessarie per la ricerca, la valutazione e l'integrazione di informazioni sulla salute provenienti da una varietà di contesti. Si richiede anche una certa conoscenza del "vocabolario relativi alla salute", così come la cultura del sistema sanitario⁷.

È importante ricordare che anche le persone con buone capacità di alfabetizzazione trovano che la comprensione di informazioni sanitarie sia una sfida⁸.

Il livello di alfabetizzazione di un paziente è una preoccupazione negli ambienti sanitari, perché alcuni pazienti non sono consapevoli del loro basso livello di alfabetizzazione e spesso sovrastimano le proprie capacità.

⁵ Nutbeam D. (2009) "Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?", International Journal of Public Health, Volume 54, Issue 5, pp 303-305

⁶ UNESCO Institute for Statistics, Adult and Youth Literacy: Global trends in Gender parity. UIS Fact Sheet, September 2012, No.20

⁷ Rootman, I. (2009). Presentation at the University of Victoria, BC

⁸ Cornett S., (Sept. 30, 2009) "Assessing and Addressing Health Literacy" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 14, No. 3, Manuscript 2

Saper valutare la capacità dei pazienti di leggere e comprendere le informazioni di salute è essenziale se vogliamo individuare i pazienti più vulnerabili, che hanno quindi più bisogno di aiuto per affrontare la loro bassa alfabetizzazione sanitaria.

1.4 La comunicazione

“La capacità dei pazienti di comprendere le questioni di ordine medico e sanitario, nonché le istruzioni relative, è correlata alla chiarezza della comunicazione.”⁹

Una delle funzioni principali della professione sanitaria è la comunicazione, sottolineata anche dal Codice Deontologico dell’Infermiere:

Articolo 4: Rapporti con la Persona¹⁰

4.1. L’infermiere promuove, attraverso l’educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

4.2. L’infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all’assistito di esprimere le proprie scelte.

4.3. L’infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall’assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.

4.4. L’infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.

4.5. L’infermiere, nell’aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.

La comunicazione è una risorsa indispensabile nella Sanità, che ha delle ripercussioni sulla qualità dei servizi offerti; prima di avviare una relazione con una persona, il professionista sanitario deve prendere degli accorgimenti essenziali:

⁹ U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author

¹⁰ Il Codice deontologico dell’Infermiere, 17 gennaio 2009 Roma

- comprendere l'utente che si ha davanti, capire le sue conoscenze e non soffermarsi sulle apparenze quali età e grado di istruzione;
- scegliere i mezzi di comunicazione;
- accertarsi che gli strumenti di ricezione del destinatario siano realmente in grado di recepire il messaggio in maniera ottimale;
- stilare con precisione il messaggio.

*“Considerando i molti modi in cui l’health literacy influenza la cura del paziente e i risultati di salute, è una sorpresa scoprire come sia raramente discussa l’health literacy in quanto parte integrante della valutazione del paziente e il piano.”*¹¹

L’infermiere è la figura professionale che passa più tempo a contatto con il paziente e ha quindi una notevole possibilità di influenzare i comportamenti e gli atteggiamenti dell’utente.¹² L’instaurarsi di una relazione terapeutica è fondamentale sia per la qualità delle cure sanitarie, sia per l’infermiere che fornisce le cure e per l’utente che le riceve. Il paziente è soggetto attivo e coinvolto nel processo di cura grazie ad atteggiamenti, strategie e competenze dell’operatore. La relazione che si viene ad instaurare è un processo dinamico che si modifica nel tempo.

La capacità, da parte della persona, di comprendere le informazioni ricevute e prendere delle decisioni autonomamente permetterà di avere maggiore controllo sulla propria salute e sui determinanti della salute.

Prima che ciò avvenga, il personale sanitario deve essere istruito sull’importanza della comunicazioni e sugli effetti che ha sulla qualità di vita del paziente.

Le problematiche inerenti la comunicazione hanno subito un approfondimento ed un ampliamento considerevole, volto a fornire all’operatore sanitario informazioni, tecniche e metodologie provenienti da diversi approcci scientifici e non (*counseling*, psicologia dinamica, pedagogia, tecniche di improvvisazione, di comunicazione di massa, ecc.).

La consapevolezza che la “vera cura” della persona inizia e si sviluppa nel poter offrire concretamente al paziente la possibilità di esser parte decisiva, in base alle sue reali capacità, della gestione del proprio percorso terapeutico, implica che l’operatore debba porsi nei confronti del malato non in modo “autoritario”.

¹¹ Kripalani S., Barry D Weiss (2006) Teaching About Health Literacy and Clear Communication, Journal of General Internal Medicine.; 21(8): 888–890.

¹² Cavallo D., Re Luca G., Lusignani M. (2013), Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura, Rivista L'Infermiere N°6

Un intervento comunicativo efficace dovrebbe mirare sia a favorire la libera e incondizionata espressione del malato sia a coinvolgerlo attivamente, contribuendo alla chiarificazione di dubbi ed eventuali difficoltà connesse con il “vivere” la malattia.

Si può affermare che il parlare in modo comprensibile e la verifica della comprensione da parte del paziente siano indispensabili per garantire:

- la sicurezza del paziente;
- l'autogestione del paziente;
- l'uso efficace del tempo.¹³

La formazione fornita a paziente e famiglia costituisce un ruolo di cura importante ed una competenza di base essenziale della pratica infermieristica. Una buona educazione può migliorare i risultati di salute, ridurre i ricoveri ospedalieri, ridurre i costi di assistenza sanitaria e migliorare la soddisfazione del paziente e della famiglia.

I pazienti, per gestire in modo efficace la loro salute, devono comprendere il proprio stato di salute, eventuali segni e sintomi, le motivazioni alla base dei trattamenti, gli effetti collaterali dei farmaci e quando chiedere aiuto a professionisti del settore sanitario.

¹³ Sørensen K, et al. (2012), Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*, 12:80

SECONDO CAPITOLO

2.1 Materiali e metodi

Per effettuare la seguente revisione della letteratura sono state principalmente consultate banche dati e motori di ricerca quali *PubMed* e *Google Scholar*.

Alla ricerca sono stati posti dei filtri per renderla più conforme al raggiungimento dell'obiettivo.

Sono stati considerati gli articoli pubblicati dal 2004 al 2014; nonostante ciò, sono stati presi in considerazione anche articoli e pubblicazioni precedenti, poiché considerati utili allo sviluppo della tesi: due pubblicazioni del 1986 e 1998; quattro articoli rispettivamente del 1997, 2000, 2001 e 2002.

Per quanto riguarda la ricerca in PubMed sono stati i seguenti limiti:

- *Free full text available*;
- Tipologia di articoli: *review, case reports e editorial*;
- 10 anni come limite temporale;
- Lingua inglese e italiana;
- Specie umana;
- Età: *Adult 19+ years, Adult: 19-44 years and Aged: 65+ years*.

In Google Scholar i limiti della ricerca sono stati:

- Intervallo di tempo dal 2004 al 2014;
- Ordina per pertinenza;
- Cerca nel web.

A seguire vengono riportate le parole chiave e le stringhe di ricerca utilizzate nei motori di ricerca: *health literacy and literacy; Determinants of health and literacy; Determinants of health and health literacy; health literacy and nursing; teach-back method; teach-back method and nurse; health literacy and teach-back method; Alfabetizzazione sanitaria; determinante della salute e alfabetizzazione sanitaria*.

Criteri di esclusione:

- articoli a pagamento,
- studi di cui non è stato possibile reperire il full text,
- studi sugli animali,

- studi su specifiche patologie,
- lingua diversa dall'inglese o italiano.

Sono stati presi in considerazione e utilizzati 15 articoli, di cui uno in italiano, perché attinenti alla ricerca ed completi nella loro esposizione; troviamo dei Case Reports, Editorials e Review.

Si aggiungono dei documenti ufficiali: *Health Promotion Glossary*, 1998 version; WHO (21st November 1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, Ontario, Canada; *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Bangkok 2005 e *Il Codice deontologico dell'Infermiere*, 17 gennaio 2009 Roma.

Sono stati inoltre consultati anche i seguenti siti:

- <http://www.ipasvi.it>
- <http://www.who.int/en/>
- <http://www.dors.it>
- <http://www.npsf.org>
- <http://en.unesco.org>
- <http://heapro.oxfordjournals.org>

2.2 Caratteristiche della letteratura

La maggior parte degli articoli trovati sono stati scritti da autori americani: è stato difficile trovare studi e statistiche relative all'Europa e più precisamente dell'Italia.

Per la ricerca e la selezione degli articoli si è tenuto conto di questo limite, che ha portato a valutare l'efficacia dell'health literacy in termini di statistiche e strategie di comunicazione generali e non specifiche del nostro paese.

TERZO CAPITOLO

Attraverso l'analisi della letteratura sono stati illustrati i vari aspetti che compongono l'alfabetizzazione sanitaria, partendo dal concetto di health literacy come capacità di empowerment per arrivare alla relazione tra health literacy e sistema sanitario. Successivamente sono stati esaminati gli aspetti che influenzano e permettono l'accrescimento dell'alfabetizzazione sanitaria.

In seguito si è voluta verificare l'efficacia delle strategie di comunicazione in riferimento all'health literacy.

Come ultimo passaggio, si è esaminato il ruolo dell'infermiere nella comunicazione e nel processo di diagnosi e cura.

3.1 L'Health Literacy come capacità di empowerment

L'espressione "health literacy" compare in letteratura nel 1974, in un articolo riguardante l'importanza di sviluppare delle norme per l'educazione sanitaria in ambito scolastico.¹⁴

Solo verso la metà degli anni novanta l'interesse verso tale concetto è accresciuto notevolmente, fino a sfociare nel 1997, anno in cui appare in un articolo di Kickbusch in cui afferma che *"la crescente importanza della cultura della salute deve condurci ad esplorare nuovi luoghi di apprendimento, nuove metodologie e nuovi veicoli"*¹⁵.

Grazie all'opera di D. Nutbeam, l'health literacy viene posto come strumento di empowerment e come mezzo di promozione della salute, superando il limite dell'ambito educativo¹⁶.

Negli anni molti esperti hanno dato una loro interpretazione del significato di tale concetto, molti dei quali partendo dagli studi di Nutbeam. Nel 2002 Tones afferma che *"Nutbeam preferisce estendere la definizione di alfabetizzazione della salute per incorporare i molti fattori psicologici, sociali e ambientali che influenzano le scelte di*

¹⁴ Simonds (1974), Health Education as Social Policy

¹⁵ Kickbusch, I. (1997). Think health: What makes the difference?, Health Promotion International: Oxford Journals, 12, 265-272

¹⁶ Nutbeam D. (2001), Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century, Health Promotion International: Oxford Journals, 15, 259-267

salute e l'adozione di azioni collegate alla malattia¹⁷”. D'altro canto sottolinea che non bisogna introdurre tale concetto come nuovo, in quanto c'è una letteratura considerevole, ben sviluppata e teoricamente sono già disponibili ad illuminare e guidare la pratica¹⁸.

Il sempre maggiore interesse nell'health literacy come parte integrante della promozione della salute ha portato all'accrescere di studi e ricerche a riguardo.

*“Molta polemica esiste ancora su ciò che costituisce 'alfabetizzazione sanitaria', come misurarla, e quali metodi sono più efficaci e costo-efficacia nel modificare i livelli di alfabetizzazione sanitaria.”*¹⁹

L'*Institute of Medicine* (IOM) nel 2004 definisce l'health literacy come: *“la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni di base e i servizi necessari per prendere decisioni appropriate per la salute.”*

Tale definizione pone l'accento solo sulle capacità individuali di ogni individuo necessarie per acquisire e gestire le informazioni sanitarie.

Kickbusch I. e Maag D. definiscono l'health literacy come *“the capacity to make sound health decisions in the context of every day life – at home, in the community, at the workplace, in the health-care system, in the market place, and in the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people's control over their health, their ability to seek out information, and their ability to take responsibility.”*²⁰

Tale concetto si differenzia dal precedente per la presa in considerazione dell'interazione dell'individuo con il contesto socio-economico che lo circonda.

L'European Patients' Forum Spring Conference identifica l'health literacy come strumento per avere servizi sanitari equi incentrati sul paziente nella società moderna.

Anche se ci sono diverse definizioni di health literacy, gli elementi comuni sono le competenze, la comprensione, l'accesso, l'uso di informazioni, le conoscenze, la responsabilizzazione e il processo decisionale²¹.

¹⁷ Tones, K. (2002). Health Literacy: New Wine in Old Bottles. Health Education Research: Oxford Journals.17:287-290

¹⁸ Ibid

¹⁹ Kanj M. , Mitic W. (2009), Health Literact and Health Promotion, Conference Working Document, 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30

²⁰ Kickbusch I, Maag D. (2008), Health Literacy, International Encyclopedia of Public Health, First Edition vol. 3, pp. 204-211

²¹ Health Literacy Conference Report, 'European Patients' Forum Spring Conference, Brussels, 8 -9 April 2008

3.2 L'Health Literacy e il sistema sanitario

In questo paragrafo si vuole approfondire la correlazione tra health literacy e il sistema sanitario.

Si può affermare che bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria sono rilevati in soggetti con scarsa conoscenza della salute e della sanità, che gestiscono in maniera peggiore le proprie patologie e ricorrono con minore frequenza alla prevenzione. Tuttavia non è una regola assoluta, in quanto le persone con un livello di istruzione e alfabetizzazione avanzati possono sperimentare difficoltà ad ottenere, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie. Una persona che agisce bene a casa o nell'ambiente di lavoro può ancora avere l'alfabetizzazione insufficiente nel campo sanitario.²²

Di conseguenza, anche se l'alfabetizzazione sanitaria senza dubbio fa affidamento sulle competenze di alfabetizzazione di base e lo sviluppo cognitivo, anche persone istruite sono a rischio di bassa alfabetizzazione sanitaria.

I pazienti con basso grado di health literacy hanno un accesso limitato ai servizi di screening e di prevenzione, presentano un basso livello di aderenza alle prescrizioni e determinano un onere maggiore per il sistema sanitario.

La letteratura ci porta però ad elencare i fattori che sfavoriscono gli utenti con low health literacy:

- Complessità di comprensione del proprio stato di salute, della diagnosi e della prognosi;
- Ridotta comprensione delle indicazioni mediche;
- Difficoltà di auto-gestire la propria condizione;
- Malattie croniche;
- Frequenti ricoveri in ospedale²³.

“Uno dei modi per affrontare l'escalation attesa dei tassi di malattie croniche e le successive richieste di questo immettere sul sistema sanitario è quello di coinvolgere i pazienti in autogestione più efficace.”²⁴

²² Kickbusch I, Maag D. (2008), Health Literacy, International Encyclopedia of Public Health, First Edition vol. 3, pp. 204-211

²³ Kanj M. , Mitic W. (2009), Health Literacy and Health Promotion, Conference Working Document, 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30

Vi sono varie figure atte ad aumentare il livello di health literacy tra cui, in primis, i professionisti sanitari, che hanno bisogno di adattare la loro comunicazione per soddisfare le esigenze dei loro pazienti e che hanno la responsabilità di favorire la loro alfabetizzazione sanitaria²⁵. Spesso però la valutazione del grado di health literacy nella pratica clinica è generalmente affidata all'istinto e alla buona volontà del singolo professionista per varie ragioni:

- scarsa sensibilizzazione del personale;
- mancanza di tempo;
- carenza di formazione da parte degli operatori sanitari;
- resistenza e diffidenza da parte dei pazienti.

Fra le barriere principali da considerare nell'analisi del livello di health literacy vi è l'imbarazzo dei pazienti nel sottoporsi a questo tipo di valutazione.

Bisogna tenere presente che spesso il personale sanitario è impreparato a rispondere al bisogno di cura espresso da utenti svantaggiati, non riesce a comunicare in modo adeguato le informazioni sanitarie e non si accerta che l'utente le abbia comprese.

3.3 I livelli di Health Literacy

Nutbeam (2001) distingue tre livelli di literacy²⁶:

3.1 *Basic/functional literacy*: consiste nell'applicare le capacità basilari, come leggere e scrivere, alle decisioni comuni e quotidiane di salute e di agire di conseguenza.

Tale livello può ricondursi ad un'educazione sanitaria di base, atta a far comprendere i rischi derivati da una determinata malattia e far conoscere i servizi assistenziali in modo da aumentare la *compliance* del paziente. Questo livello non riguarda la capacità di prendere decisioni, ma bensì di comprendere le indicazioni date; la persona ha un ruolo passivo.

3.2 *Communicative/interactive literacy*: capacità più avanzate di ottenere e comprendere le informazioni derivanti da fonti diverse al fine di partecipare attivamente alle

²⁴ Kanj M. , Mitic W. (2009), Health Literact and Health Promotion, Conference Working Document, 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30

²⁵Kickbusch I, Maag D. (2008), Health Literacy, International Encyclopedia of Public Health, First Edition vol. 3, pp. 204-211

²⁶ Nutbeam D. (2001), Health Literacy as a public health goal:a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century, Health Promotion International: Oxford Journals, 15, 259-267

decisioni di salute e migliorare la propria qualità di vita. In questo modo la persona accresce il grado di indipendenza; in questo caso i benefici riguardano la persona in primis e non porta vantaggi per la comunità.

3.3 *Critical literacy*: l'unione di avanzate capacità cognitive con le capacità sociali permette di analizzare criticamente le informazioni di salute ed esercitare un maggiore controllo sui determinanti di salute. La persona riesce a muoversi all'interno del sistema e riconoscere la qualità dei servizi offerti. Si agisce per ottimizzare il benessere individuale, ma anche quello della società, grazie a una interazione attiva tra il livello individuale e il livello politico.

Tra questi tre livelli individuati si caratterizza sempre una maggiore crescita dell'empowerment, miglioramento delle capacità degli individui di accedere alla informazioni di salute ed utilizzarle in modo efficace, e del self management, valorizzare le competenze. Nutbeam è l'unico studioso che distingue tre livelli di literacy, i posteri parlano di tre livelli di health literacy.

3.4 Determinanti della Salute

I determinanti della salute sono l'insieme dei fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute di individui o popolazioni.²⁷

*“lo stato di salute di un individuo e più estesamente di una comunità o di una popolazione è influenzato, determinato, da molteplici fattori. Lo studio dei determinanti della salute costituisce la base e la sostanza della sanità pubblica, perché consente di analizzare (e possibilmente modificare) i fattori che in varia misura influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie.”*²⁸

I fattori che influenzano lo stato di salute di individui e popolazioni sono: 1. fattori naturali e biologici; 2. comportamento e stile di vita; 3. ambiente fisico e sociale; 4. accesso/qualità dei servizi sanitari.

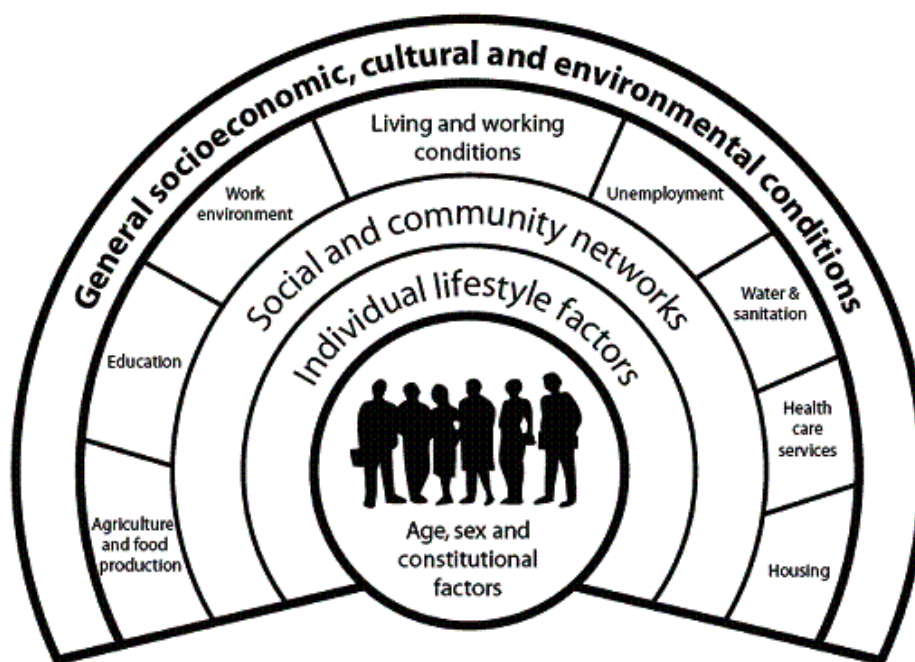
Esistono diversi modelli che cercano di dimostrare la correlazione tra salute e determinanti della salute. I modelli biomedici (*simple models*) del periodo pre-1970, in cui si affermava che il sistema medico è il principale determinante per mantenere una buona salute. I modelli incentrati sugli stili di vita (*lifestyle models*), in cui lo stato di salute è

²⁷ Health Promotion Glossary, 1998 version

²⁸ G. Maciocco, 2005

influenzato al 50% dai comportamenti e rispecchia una cultura che focalizza la responsabilità individuale verso la salute.

Infine troviamo i modelli ecologici (*ecologic models*), di cui il più importante è il modello Dahlgren-Whitehead utilizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo modello viene rappresentato come una struttura ad arcobaleno delle cause di disuguaglianza; vengono rappresentati tutti i determinanti della salute e nessuno è più importante dell'altro, ma anzi viene posta maggiore attenzione sulle relazioni tra i differenti determinanti. Vengono prese in esame: “le condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali”, “le condizioni di vita e di lavoro” (suddivise in ambiente di lavoro, istruzione, alimentazione, disoccupazione, acqua e impianti igienici, alloggio e servizi di assistenza sanitaria), “le reti sociali e di comunità”, “gli stili di vita individuali” ed infine “età, sesso e fattori costituzionali”.



Modello Dahlgren-Whitehead

Da questo modello si può notare come l'assistenza sanitaria offerta dal proprio paese influisca negativamente o positivamente sulla salute di una persona, in associazione con altri fattori come l'istruzione.

Quando si parla di assistenza sanitaria non si intendono solo i servizi offerti, ma anche la possibilità di accedere a questi servizi, la comunicazione sanitari-paziente che influisce attivamente sulla salute e in primis la promozione e prevenzione della salute.

La combinazione dei diversi fattori precedentemente citati crea diverse condizioni di vita che hanno un effetto sulla salute.

“In tale contesto, la salute è considerata come una risorsa per la vita quotidiana, non come l’obiettivo del vivere. È un concetto positivo che enfatizza le risorse sociali e personali, così come le abilità fisiche²⁹.”

3.5 I Domini sociali

La letteratura fino ad adesso analizzata è d'accordo nel ritenere che le capacità e le abilità individuali si manifestano in correlazione ai contesti e agli ambienti di riferimento, definiti anche *“Domains of competencies”*³⁰: “famiglia e comunità”, “sistema politico”, “lavoro”, “media e mercato” ed infine il “sistema sanitario”.

Il primo dominio rappresenta le fonti primarie di informazione sanitaria ed in esse si forma la base delle competenze sanitarie di ogni individuo. È importante che in tali ambienti avvenga una circolazione di informazioni corretta e adatta. Troviamo poi il “sistema politico” in cui il cittadino manifesta le competenze nel tutelare i diritti di salute attraverso l’espressione del voto, la condivisione di campagne per la difesa della salute e l’impegno civico. Nel settore del “lavoro” viene sottolineata l’importanza della tutela della salute nei luoghi di lavoro attraverso comportamenti di prevenzione, ridurre i rischi di infortuni e creare ambienti più salubri; l’attivazione di meccanismi informativi adeguati indirizzati ai lavoratori riguardo la salute, la sicurezza e la prevenzione tende a ridurre il rischio di malattie correlate al lavoro e patologie da stress. Il settore “media e mercato” riguarda le capacità manifestate dall’individuo nella scelta di beni e servizi per la tutela dei diritti alla salute. Attraverso i mezzi di comunicazione, le persone traggono il maggior numero di informazioni; questo influenza e condiziona le scelte e i comportamenti delle persone. Succede che le informazioni di salute sono distorte dall’interesse delle aziende, derivandone messaggi alterati verso stili, consumi e comportamenti inappropriati.

²⁹ E. Ziglio, S. Hagard and J. Griffiths (2000), Health promotion development in Europe: achievements and challenges, Oxford Journals, Medicine & Health, Health Promotion International Volume 15, Issue 2Pp. 143-154.

³⁰ Kickbusch I, Maag D. (2008), Health Literacy, International Encyclopedia of Public Health, First Edition vol. 3, pp. 204-211

Il “sistema sanitario” si basa sulle capacità del paziente di muoversi all’interno del sistema sanitario ed a interagire con i professionisti sanitari. La crescente capacità degli operatori sanitari nel comprendere i bisogni di salute e assistere gli utenti porta a migliorare l’accesso al sistema, ridurre l’inappropriatezza e limitare i rischi. L’utente si sente più sicuro e seguito e ha maggiore fiducia nel sistema, riesce così ad aumentare la sua indipendenza e a fare scelte per migliorare la sua qualità di vita. La health literacy la possiamo vedere come un importante fattore determinante la salute delle persone in quanto la capacità di accedere alle informazioni e ai servizi sanitari ha un impatto diretto sui comportamenti ed in ultima istanza sui risultati di salute a breve e lungo termine.

3.6 Metodi e strumenti di misurazione dell’Health Literacy

Nella pratica clinica identificare pazienti con bassi livelli di Health Literacy non è semplice. Da una prima, sommaria osservazione del paziente non è possibile capire il suo livello di Health Literacy. Le persone con bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria hanno sviluppato un gran numero di sottili strategie di dissimulazione che consentono loro di nascondere il problema. Molti di questi pazienti portano con se un amico o un familiare che possa assisterli; Molto spesso questi pazienti osservano il comportamento di altri pazienti nella medesima situazione e “riproducono” le loro azioni. Molte persone con bassi livelli di Health Literacy hanno appreso nel tempo delle “abilità” che consentono loro di muoversi all’interno del Sistema Sanitario evitando il più possibile situazioni di imbarazzo o vergogna. Questi pazienti, a prima vista, sembrano avere un buon controllo della propria salute e dei trattamenti medici ma, nella realtà, hanno una enorme necessità di informazioni critiche per gestire efficacemente le proprie condizioni di salute.

Sebbene sia difficile identificare un paziente con bassi livelli di Health Literacy, esistono dei segni e sintomi che possono aiutarci: a) moduli riempiti in modo non corretto o incompleti; b) materiale cartaceo di supporto passato velocemente di mano ad un familiare o un accompagnatore; c) frasi come “Lo leggerò con calma a casa” o “Non posso leggerlo ora, ho dimenticato i miei occhiali”; d) indifferenza o distacco quando un medico o altro personale dello staff di reparto fornisce spiegazioni; e) numero di visite di controllo, esami di laboratorio e visite specialistiche saltate frequentemente; f) frequenza di errori nell’aderenza alla terapia o allo stile di vita prescritto; g) non essere in grado di rispondere in modo corretto a domande relative a istruzioni mediche ricevute.

L'attenta osservazione di questi parametri può allertarci sull'esistenza di un problema di bassa Health Literacy nel paziente.

Sono stati studiati e sviluppati degli strumenti per la valutazione dell'Health Literacy. Il REALM (*Rapid Estimante of Adult Literacy in Medicine*) nasce nel 1993 in seguito a uno studio su un campione di persone; è uno strumento di misurazione di alfabetizzazione sanitaria negli adulti e si basa su abilità semplici, di riconoscimento lessicale e letteratura. Non vengono però valutate le abilità di literacy più avanzate e non si presta ad indagare il livello di alfabetizzazione sanitaria delle fasce di popolazione di diversa origine linguistica.

Nel 1995 è stato sviluppato un altro strumento di valutazione denominato TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) che ha lo scopo di valutare le capacità di comprensione e le abilità numeriche del soggetto e utilizza materiali informativi usati in ambito sanitario. L'eccessiva durata lo rende poco adatto ad essere utilizzato in contesti sanitari, quindi è stata creata una "short version" S-TOFHLA. Questo test si può trovare solo in lingua inglese e spagnola.

Nel 2005 è stato proposto un nuovo strumento di misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria: il NVS Newest Vital Sign, che si differenzia dai due strumenti precedenti per la rapidità di somministrazione (circa 3 minuti) ed è adatto per essere utilizzato come test di screening rapido per l'alfabetizzazione in ambito sanitario³¹.

Al paziente viene sottoposto uno scenario tra cinque: "avviso da una prescrizione di farmaci per il mal di testa"; "un modulo di consenso per angiografia coronarica"; "istruzioni per l'autogestione dell'insufficienza cardiaca"; "un'etichetta nutrizionale da un contenitore di gelato"; "le istruzioni di un farmaco per l'asma che includeva una dose di steroidi". Successivamente vengono fatte 6 domande relative allo scenario, che includono la verifica di capacità di ragionamento logico, comprensione, abilità lessicali e numeriche.

Questo test è facilmente riproducibile in più lingue e adattabile a contesti di minoranze etniche e linguistiche.

Il NVS è più sensibile del TOFHLA a captare soggetti con alfabetizzazione sanitaria marginale o medio bassa.³²

³¹ Barry D. Weiss, Mary Z. Mays, William Martz, Kelley Merriam Castro, Darren A. DeWalt, Michael P. Pignone, Joy Mockbee, Frank A. Hale (2005), Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign, *The Annals of Family Medicine.*; 3(6): 514–522.

³² Ibid

3.7 Strategie di comunicazione

“La maggior parte degli esperti di alfabetizzazione sanitaria sottolineano alcuni comportamenti importanti per favorire la comunicazione chiara.”³³

La comunicazione è efficace quando viene compresa l’health literacy dell’utente. I sanitari si soffermano solamente sul grado di istruzione e l’età, ma questo non permette di comprendere il grado di alfabetizzazione sanitaria. Bisogna analizzare il paziente attraverso delle domande e comprendere le conoscenze sulla malattia, i possibili rischi e i servizi sanitari.

Gli infermieri svolgono un ruolo importante nel fornire una leadership in grado di soddisfare la sfida di bassa alfabetizzazione della salute nella nostra società, sia a livello individuale e di cura all'interno delle nostre organizzazioni³⁴.

Solo allora l’operatore potrà iniziare una relazione efficace con l’utente.

In letteratura si trovano varie strategie atte a migliorare la comunicazione tra l’operatore e l’utente:

- *“Ask-Tell-Ask”*: garantisce che l’utente riceva le informazioni necessarie o richieste;
- *“Ask me 3”*: promuove tre domande semplici ma essenziali che i pazienti dovrebbero chiedere all’operatore;
- *“Teach-Back Method”*: valuta la comprensione dell’utente sulle informazioni fornite.

Il National Quality Forum (NQF) ha identificato il teach-back method come uno delle 50 essenziali "procedure di sicurezza" per migliorare l'assistenza sanitaria.³⁵

Spesso gli utenti si sentono in imbarazzo a dire che non hanno capito o non vogliono interrompere l’operatore, quindi preferiscono stare zitti.

In ogni caso, i pazienti danno indizi del fatto che non hanno compreso. Ad esempio³⁶:

- Non prendono le medicine correttamente, anche se dicono di farlo;
- Saltano appuntamenti;

³³ Kripalani S., Barry D Weiss (2006), Teaching About Health Literacy and Clear Communication, Journal of General Internal Medicine; 21(8): 888–890.

³⁴ Cornett S., (2009) "Assessing and Addressing Health Literacy" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 14, No. 3, Manuscript 2

³⁵ National Quality Forum. Improving Patient Safety through Informed Consent for Patients with Limited Health Literacy. Washington, D.C.: NQF 2005

³⁶ ‘Teach back and Health Literacy’ (2012), University of Washington School of Nursing

- Annuiscono come se avessero capito cosa gli viene spiegato;
- Non fanno commenti o domande dopo aver sentito molti dettagli sul loro disturbo o sul trattamento.

Gli interventi avranno lo scopo di produrre un'informazione chiara e coerente basata sulla valutazione preliminare del soggetto a cui ci si rivolge.

L'infermiere fa della relazione un elemento importante per rispondere ai bisogni del paziente. Gli infermieri possono intervenire in due modi per migliorare la relazione coi pazienti. In primo luogo riconoscendo che le persone posseggono livelli di health literacy differenti, ed in secondo luogo facendo qualcosa per aumentare la capacità dei pazienti di ottenere e capire le informazioni, di utilizzare in modo appropriato i servizi e di prendere decisioni consapevoli. Da una parte si devono costruire messaggi ed informazioni comprensibili da persone con abilità diverse e dall'altra si devono mettere a punto specifiche misure per accrescere il livello di health literacy dei pazienti in relazione ai diversi contesti di cura. Per raggiungere questo doppio obiettivo gli infermieri devono intervenire per migliorare l'utilizzabilità delle informazioni e dei servizi sanitari e accrescere le conoscenze dei pazienti per migliorare il loro modo di prendere le decisioni sulla salute.

La comunicazione è parte fondamentale del lavoro dell'infermiere e deve essere considerata anche come parte del processo diagnostico e di cura. In questo contesto diventa estremamente importante che le informazioni siano ottenute e trasmesse al paziente in modo corretto ed appropriato. La comunicazione efficace di informazioni cliniche è infatti un prerequisito per la fiducia del paziente e di conseguenza per favorire il migliore percorso di cura.

Una comunicazione poco efficace può condurre a livelli qualitativi inferiori delle cure e a maggiori costi sanitari. La scarsa comprensione fra paziente e infermiere può portare infatti a errori di tipo diagnostico, a trattamenti inappropriati, ad alti livelli di ospedalizzazione, ad una tendenza a non servirsi dei servizi di prevenzione ed a una minore capacità del paziente di gestire la propria situazione di salute.

3.8 Teach-Back Method

In questa revisione di letteratura si è scelto di valutare l'efficacia di una sola strategia di comunicazione, il teach-back method, perché considerata la più esaustiva e adatta per pazienti con un basso livello di health literacy.

Questa tecnica chiamata anche “*Closing the loop*” (chiudere il cerchio) permette di comprendere se l'operatore ha spiegato in modo efficiente quello che il paziente aveva bisogno di sapere. La comprensione dei pazienti è confermata quando, in prima persona, rispiegano qualcosa a chi l'ha spiegata loro in un primo momento. Il Teach-Back method aumenta l'adesione alla gestione della malattia e rende più responsabili per la propria salute.³⁷

Per prima cosa bisognerebbe chiedere ai pazienti che cosa già conoscono (“Che cosa conosce già/crede a proposito di...?”); ciò consente di adattare il messaggio, scoprire deficit di conoscenza o credenze di salute, e permette di risparmiare tempo³⁸.

Uno studio condotto da Bertakis (1977) ha dimostrato che gli utenti a cui si chiede di ripetere con parole proprie le informazioni fornite mostrano un significativo aumento nella ritenzione di informazione e nella soddisfazione con gli operatori.

Se il paziente non spiega correttamente, si suppone non sia stato fornito un insegnamento adeguato, quindi è necessario rispiegare le informazioni utilizzando approcci alternativi. Il risultato dovrebbe consistere in nuovi sforzi per garantire che i pazienti imparino ciò che c'è da sapere. E, naturalmente, è importante non apparire affrettati, infastiditi o annoiati, in quanto gli atteggiamenti devono coincidere con le parole.

Questa tecnica dovrebbe sostituire la prassi più comune di chiedere semplicemente “Ha capito?” perché i pazienti hanno la tendenza a rispondere “Sì” anche quando non hanno realmente compreso.

*“In assenza dei teach-back method, l'unico indicatore di equivoci può essere un errore farmaco o errore paziente, che potrebbe essere dannoso.”*³⁹

Le richieste da evitare sono “Mi ripeta quello che ho detto”, “Vediamo se si ricorda”, “Ha capito?”, perché questo porta l'utente a pensare di essere sotto esame e compromette la comunicazione, ma soprattutto la valutazione di comprensione da parte del sanitario. È

³⁷ Xu, P. (2012). Using teach-back for patient education and self-management, *American Nurse Today*. 7(3), 1-3

³⁸ Kripalani S., Barry D Weiss (2006), Teaching About Health Literacy and Clear Communication, *Journal of General Internal Medicine*; 21(8): 888–890.

³⁹ Dr. Fred Marsh, Iowa Health Study, 2004

quindi più adeguato dire “Ho illustrato queste informazioni spesso e a volte dimentico di includere tutto. Mi può spiegare quello di cui abbiamo appena discusso, così da essere certo di aver incluso tutto e di essere stato chiaro” oppure “Che cosa dirà a suo marito circa i cambiamenti che abbiamo fatto per la sua medicina oggi?”.

Questa tecnica non si basa solo sul tipo di dialogo che si instaura ma anche sul linguaggio da utilizzare per agevolare la comprensione:

- Il sanitario deve evitare l'utilizzo di termini tecnici o abbreviazioni e in caso di termini difficili cercare di spiegarli, “anti-ipertensivo: medicina che aiuta a diminuire la pressione arteriosa”;
- Si deve cercare di essere chiari aiutandosi con esempi, metafore o storie, “non esagerare con il sale: assumere massimo tot grammi di sale al giorno”, questo permetterà al paziente di comprendere le indicazioni terapeutiche e non avere dubbi;
- È sempre meglio anticipare i calcoli, “perdere il 15% del peso: perdere 8 chili”, l'utente rimarrà concentrato sulle parole del sanitario e non dovrà perdere tempo fare a calcoli, perdendo così parte del discorso.
- Durante il colloquio si possono porre domande all'utente sia per vedere se ha compreso ma anche per capire le abitudini, le conoscenze e personalizzare il piano terapeutico. Importante incoraggiare il paziente a fare domande.
- Si cerchi di dare le informazioni essenziali che il paziente deve sapere in quel momento.
- Da evitare le domande che presuppongono come risposta sì o no.

Quando i concetti fondamentali da trattare sono parecchi, si preferisce spezzare il colloquio in più parti in modo da permettere al paziente di assimilare le informazioni date e all'operatore di verificare il grado di comprensione.

I pazienti devono essere in grado di spiegare le loro parole: la diagnosi o un problema di salute per la quale hanno bisogno di cure, il nome / tipo / natura generale del trattamento, del servizio o procedura e i potenziali problemi per guardare e cosa fare se si verificano.

Teach-back dovrebbe essere usato nelle prime fasi del processo di cura e ad ogni punto di decisione o di transizione.⁴⁰

⁴⁰ Tamura-Lis, W. (2013). Teach-back for quality education and patient safety, *Urologic Nursing Journal*, 33(6), 267-271, 298.

Con la crescente incidenza delle malattie croniche, l'autogestione è diventata più importante. Incorporando il teach-back method nella pratica quotidiana si può migliorare la conoscenza e le capacità di autogestione da parte dei pazienti.⁴¹

⁴¹ Xu, P. (2012). Using teach-back for patient education and self-management, *American Nurse Today*. 7(3), 1-3

QUARTO CAPITOLO

4.1 Discussione

Dall'analisi della letteratura emerge come il concetto di Health Literacy non sia relativamente nuovo, in quanto si trova una rilevante letteratura a riguardo a partire già dal 1974, anno in cui compare per la prima volta all'interno di un articolo. La novità si trova nel vedere l'alfabetizzazione sanitaria come strumento per la promozione della salute, che permetta di aumentare l'*empowerment* di una persona. La letteratura dimostra come una bassa health literacy sia da ostacolo per una crescita delle abilità dell'individuo di accedere e comprendere le informazioni sanitarie. L'accrescimento di questa capacità consente di migliorare il proprio self-management, cioè l'autogestione. L'alfabetizzazione sanitaria è una sfida del nostro tempo, infatti, la letteratura ha dimostrato come la mancata comprensione della prescrizione terapeutica, e/o del linguaggio dei professionisti della salute, ponga la persona in uno stato di aumentata soggezione senza che le sia offerta la possibilità di esprimerlo. Essere consapevoli che è compito di chi informa sulla salute di mettere il cittadino in grado di capire, significa collocare l'alfabetizzazione sanitaria nel quadro più ampio della promozione della salute. L'Health Literacy è, dunque, uno strumento essenziale per la promozione della salute in quanto vuole fornire a tutte le persone gli strumenti utili per poter rispondere alla domanda: "Che cosa posso fare per mantenermi in salute?".

In letteratura viene specificato che il concetto di Health Literacy deriva dal termine Literacy, "alfabetizzazione", cioè comprendere, utilizzare e riflettere su testi scritti al fine di raggiungere i propri obiettivi, di sviluppare le proprie conoscenze e le proprie potenzialità e di svolgere un ruolo attivo nella società. Dall'analisi di questo ultimo concetto, lo studioso Nutbeam ha distinto tre livelli di literacy: *Basic/functional literacy*; *Communicative/interactive literacy*; *Critical literacy*. Gli studiosi dopo invece definiscono questi livelli specifici dell'Health Literacy.

Nell'analisi degli articoli si è rilevato che l'alfabetizzazione sanitaria è diventato un determinante della salute in quanto influenza lo stato di salute degli individui. La letteratura inserisce questo elemento all'interno del fattore "accesso/qualità dei servizi sanitari", in quanto l'assistenza sanitaria non viene più considerata solamente dai servizi offerti, ma anche dalle capacità degli operatori sanitari di comunicare con il paziente.

Possedere una buona Health Literacy significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggiore controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari, come, ad esempio, fare attività fisica e mangiare cibi sani. Per contro le persone con una bassa Health Literacy è probabile che accedano in misura minore ai servizi di prevenzione, abbiano poche conoscenze sulla propria salute e la gestione della malattia, una minore capacità di comunicare i sintomi e di comprendere le spiegazioni del medico, una maggiore difficoltà a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali e abbiano un ruolo passivo nel processo decisionale.

Dall'analisi della letteratura è emerso il ruolo fondamentale che ha l'infermiere nell'aiutare il paziente con un basso livello di health literacy attraverso la comunicazione; all'assistito non sono più sufficienti le competenze tecnico-professionali degli operatori sanitari e sempre più pressanti sono le richieste di maggiore attenzione alla dimensione umana e relazionale del rapporto terapeutico. Le persone anche se hanno ricevuto un'educazione terapeutica mirata all'autocura, all'apprendimento di nozioni sulla propria malattia e su un adeguato stile di vita da parte di operatori sanitari, spesso non riescono a tradurle in strategie comportamentali efficaci.

Una buona relazione con il paziente permette di aumentare la partecipazione nelle cure: pazienti ben informati, coinvolti e motivati sono così capaci di fare cambiamenti negli stili di vita, rimanere in salute e cercare i servizi necessari. Per raggiungere questo risultato l'infermiere deve essere in grado di comprendere l'health literacy dell'utente e di relazionarsi con esso in maniera adeguata.

Nella relazione paziente-infermieri, il professionista offrirà esperienza clinica e conoscenze basate sulle prove di efficacia; il paziente che aggiunge la propria esperienza su se stesso acquisirà una più profonda conoscenza di sé, di ciò che lo motiva, dei punti che è disposto a cambiare e di ciò che lo ha aiutato a stare meglio. Perché ciò avvenga l'infermiere deve riuscire a mettersi in un ruolo attivo nei confronti del paziente, cioè non limitarsi a spiegare i concetti tecnici e gli accorgimenti da prendere, ma deve adeguare le conoscenze alla persona che ha davanti.

Dall'analisi della letteratura emerge il tempo limitato che l'operatore dedica al paziente e la mancanza di domande per valutare le sue conoscenze e le sue capacità. Si

nota anche la paura del paziente di mostrare le sue mancanze e di preferire far finta di aver compreso tutto piuttosto che interrompere o fare ulteriori domande.

L'errore principale e peggiore che l'infermiere fa è soffermarsi solamente sull'età e l'istruzione del paziente per comprendere l'health literacy. La letteratura dimostra che ci sono altri fattori che influiscono sull'alfabetizzazione sanitaria: la famiglia e la comunità, il sistema politico, il lavoro, i media e mercato e infine il sistema sanitario. Questi elementi sono i contesti e gli ambienti in cui le abilità e la capacità di una persona si manifestano e che influenzano la persona stessa.

L'applicazione nella realtà clinica presenta ancora grosse difficoltà:

- il tempo dedicato dai diversi operatori sanitari all'attività educativa copre una parte minima dell'orario settimanale;
- l'educazione viene svolta in molti casi in maniera non strutturata;
- non sempre in orari e/o spazi dedicati;
- carenza di formazione degli operatori sanitari e quindi di conoscenza e utilizzo di tecniche metodologicamente adeguate;

I punti essenziali che si rilevano attraverso la letteratura sono:

- l'infermiere identifica capacità e potenzialità della persona per stimolarne lo sviluppo;
- agisce usando una strategia di comunicazione adeguata;
- offre la sua competenza;
- supporta l'autonomia e non crea dipendenza.

Nell'analisi della letteratura sono emerse varie strategie di comunicazioni per migliorare la relazione paziente-infermiere. La strategia presa in esame è il Teach-Back Method, detto anche "Closing the Loop". Negli studi analizzati si osserva che l'errore più diffuso tra gli infermieri quando parlano con un paziente è fare domande che presuppongano un sì o un no come risposta, oppure non accorgersi dei segni che mostrano una mancata comprensione (esempio: non fare domande relative alla propria salute o al trattamento). Per questo motivo è stata sviluppata questa strategia che è molto usata negli Stati Uniti d'America.

È un modo per assicurarsi che l'operatore sanitario abbia spiegato le informazioni in modo chiaro, non è un test o quiz per i pazienti. Si basa sul chiedere all'utente di spiegare con parole sue cosa ha bisogno di sapere o fare, in questo modo si può controllare la comprensione e, se necessario, ri-spiegare e provare di nuovo. È un intervento sull'health

literacy basata sulla ricerca scientifica che migliora la comunicazione con il paziente-infermiere e i risultati di salute.

4.2 Implicazioni per la pratica

Dall'analisi della letteratura è emerso che l'Health Literacy favorisce la promozione della salute e consente la responsabilizzazione dei pazienti e la condivisione delle scelte terapeutiche. L'infermiere gioca un ruolo essenziale in questo: grazie alla conoscenza della persona con la quale interagisce, il personale infermieristico ha l'occasione di aumentare il livello di consapevolezza del paziente circa i benefici dell'adozione di uno stile di vita sano.

La letteratura dimostra che gli operatori sanitari per comprendere l'utente con cui interagiscono e, soprattutto, il suo grado di alfabetizzazione sanitaria, pongono solamente due domande, riguardanti età e grado di istruzione. Conoscere unicamente questi due dati non permette di avere una relazione tale da consentire all'utente l'assimilazione più adeguata possibile delle informazioni ricevute.

Si parla di informazione adeguata se:

- è rapportata al soggetto che ne è destinatario;
- è commisurata alle esigenze di contesto esistenti;
- ha carattere dinamico.

In letteratura si possono trovare quindi molteplici strumenti per misurare il livello di Health Literacy, ma l'unico che si consiglia di utilizzare è il NVS (*Newest Vital Sign*), che può essere eseguito in poco tempo ed è adatto all'utilizzo in ambito sanitario: viene mostrata un'etichetta creata appositamente e analoga a quella di un barattolo di gelato, con ingredienti e composizione percentuale. Il test richiede circa 3 minuti per essere completato e vengono poste 6 domande per vedere se il paziente è in grado leggerla e capirla (per esempio capire se fra gli ingredienti c'è una sostanza a cui il paziente è allergico) e anche di fare alcuni calcoli (per esempio calcolare il numero di calorie in una porzione). Il punteggio ottenuto (da 0 a 6) segnala la probabilità di analfabetismo sanitario.

La comunicazione che l'infermiere intraprende deve essere adeguata all'utente che ha davanti; dall'analisi della letteratura sono emersi degli errori comuni, quali, ad esempio, non avere un discorso strutturato o non accertarsi che il paziente abbia compreso.

L'errore maggiormente riscontrato è quello di non riconoscere i segni di mancata comprensione da parte dell'utente.

Per avere una comunicazione corretta ed efficace occorre:

- conoscere i bisogni dell'assistito;
- usare appropriati veicoli di trasmissione;
- ascoltare e valutare le reazioni;
- migliorare il contenuto dell'informazione;
- suscitare interesse con nuovi stimoli;
- riascoltare e valutare di nuovo le reazioni dell'assistito.

Esistono varie strategie di comunicazione che permettono di migliorare la relazione paziente - infermiere, ma solo una unisce la comunicazione e l'health literacy: il Teach-Back Method. Questo metodo permette di avere uno schema da seguire e non perdersi nel discorso e, attraverso la ripetizione da parte del paziente, assicura la comunicazione e la conseguente comprensione di tutte le informazioni necessarie.

Per concludere, ci sono determinati aspetti da seguire durante una relazione:

- Per facilitare la comunicazione è utile incoraggiare il paziente a guidare la discussione così come a porre domande aperte;
- Parlare con un linguaggio semplice, non specialistico, usando parole comuni, spiegando i numeri e suddividendo le informazioni complesse in piccole parti;
- Ascoltare, osservare e ripetere le informazioni importanti, dando priorità all'informazione che in quel momento serve;
- Promuovere attraverso indicazioni un facile flusso nelle strutture sanitarie;
- Creare un ambiente solidale, senza vergogna, rivedere i fogli informativi e adattarli;
- Migliorare l'ambiente fisico per ottimizzare l'accoglienza e ridurre il senso di vergogna che i pazienti con scarsa health literacy potrebbero avere.

BIBLIOGRAFIA

Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, Bangkok 2005

Barry D. Weiss, Mary Z. Mays, William Martz, Kelley Merriam Castro, Darren A. DeWalt, Michael P. Pignone, Joy Mockbee, Frank A. Hale (2005), Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign, *The Annals of Family Medicine*.; 3(6): 514–522.

Cavallo D., Re Luca G., Lusignani M. (2013), Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura, *Rivista L'Infermiere* N°6

Cornett S., (2009) "Assessing and Addressing Health Literacy" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 14, No. 3, Manuscript 2

Il Codice deontologico dell'Infermiere, 17 gennaio 2009, Roma

Dr. Fred Marsh, Iowa Health Study, 2004

Health Promotion Glossary, 1998 version

Health Literacy Conference Report, 'European Patients' Forum Spring Conference, Brussels, 8 -9 April 2008

Kanj M. , Mitic W. (2009), Health Literacy and Health Promotion, Conference Working Document, 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30

Kickbusch, I. (1997). Think health: What makes the difference?, *Health Promotion International: Oxford Journals*, 12, 265-272

Kickbusch I., Wait S., Maag D. (2006), Navigating Health: The Role of Health Literacy, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre

Kickbusch I, Maag D. (2008), Health Literacy, International Encyclopedia of Public Health, First Edition vol. 3, pp. 204-211

Kripalani S., Barry D Weiss (2006) Teaching About Health Literacy and Clear Communication, Journal of General Internal Medicine.; 21(8): 888–890.

Kripalani S., Barry D Weiss (2006), Teaching About Health Literacy and Clear Communication, Journal of General Internal Medicine; 21(8): 888–890.

Maciocco G., 2005

National Quality Forum. Improving Patient Safety through Informed Consent for Patients with Limited Health Literacy. Washington, D.C.: NQF 2005

Nutbeam D. (2009) “Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?”, International Journal of Public Health, Volume 54, Issue 5, pp 303-305

Nutbeam D. (2001), Health Literacy as a public health goal:a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century, Health Promotion International: Oxford Journals, 15, 259-267

Rootman, I. (2009). Presentation at the University of Victoria, BC

Simonds (1974), Health Education as Social Policy

Sørensen K, et al. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BioMed Central Public Health, 12:80

Teach back and Health Literacy’ (2012), University of Washington School of Nursing

Tamura-Lis, W. (2013). Teach-back for quality education and patient safety, *Urologic Nursing Journal*, 33(6), 267-271, 298.

Tones, K. (2002). Health Literacy: New Wine in Old Bottles. *Health Education Research: Oxford Journals*.17:287-290

UNESCO Institute for Statistics, Adult and Youth Literacy: Global trends in Gender parity. UIS Fact Sheet, September 2012, No.20

UNESCO Aspects of Literacy Assessment: Topics and issues from the UNESCO Expert Meeting, 10-12 June, 2003

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author.

WHO (21 November 1986) Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, Ontario, Canada.

Xu, P. (2012). Using teach-back for patient education and self-management, *American Nurse Today*. 7(3), 1-3

Ziglio E., Hagard S. and Griffiths J. (2000), Health promotion development in Europe: achievements and challenges, *Oxford Journals, Medicine & Health, Health Promotion International* Volume 15, Issue 2Pp. 143-154.

Tabella riassuntiva dei 7 articoli selezionati con il motore di ricerca PubMed:

Autore	Titolo	Rivista	Anno di pubblicazione
Barry D. Weiss, Mary Z. Mays, William Martz, Kelley Merriam Castro, Darren A. DeWalt, Michael P. Pignone, Joy Mockbee, Frank A. Hale	Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign	The Annals of Family Medicine	2005
Kripalani S., Barry D Weiss	Teaching About Health Literacy and Clear Communication	Journal of General Internal Medicine	2006
Kripalani S., Barry D Weiss	Teaching About Health Literacy and Clear Communication	Journal of General Internal Medicine	2006
Nutbeam D.	Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?"	International Journal of Public Health, Volume 54	2009
Sørensen K, et al.	Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models	BioMed Central Public Health	2012
Tamura-Lis, W.	Teach-back for quality education and patient safety	Urologic Nursing Journal	2013

Tones, K	Health Literacy: New Wine in Old Bottles	Health Education Research: Oxford Journals	2002
----------	--	--	------

Tabella riassuntiva dei 8 articoli selezionati con il motore di ricerca Google Scholar:

Autore	Titolo	Rivista	Anno di pubblicazione
Cornett S.	Assessing and Addressing Health Literacy	OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing	2009
Cavallo D., Re Luca G., Lusignani M.	Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura	Rivista L'Infermiere	2013
Kickbusch, I.	Think health: What makes the difference?	Health Promotion International: Oxford Journals	1997
Nutbeam D.	Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century	Health Promotion International: Oxford Journals	2001
Kickbusch I, Maag D.	Health Literacy	International Encyclopedia of Public Health	2008

Kickbusch I., Wait S., Maag D.	Navigating Health: The Role of Health Literacy	Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre	2006
Cornett S.	Assessing and Addressing Health Literacy	OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing	2009
Xu, P.	Using teach-back for patient education and self-management	American Nurse Today	2012

ALLEGATO 1

VALORI NUTRIZIONALI

1 porzione: 1/2 tazza

Porzioni per vasetto: 4

Valori per porzione

Calorie: 250

Calorie da grassi: 120

% VG

Grassi totali	13 g	20%
di cui Saturi	9 g	40%
Colesterolo	28 mg	12%
Sodio	55 mg	2%
Carboidrati totali	30 g	12%
di cui Fibra	2 g	
di cui Zuccheri	23 g	
Proteine	4 g	8%



Scheda Intervista e Punteggio del Newest Vital Sign



LEGGERE AL PAZIENTE:



Questa informazione è sul retro di un contenitore di gelato

Risposta corretta	
SI	NO

1 Se mangi l'intero contenitore di gelato, quante calorie avrai ingerito?

Risposta: 1.000 è l'unica risposta corretta.

--	--

2 Se ti fosse permesso di assumere 60 grammi di carboidrati come snack, quanto gelato potresti mangiare?

Risposta: Ciascuna delle seguenti risposte è corretta:

- 1 tazza (o qualunque quantità fino a 1 tazza)
- Mezzo contenitore

--	--

Nota: se il paziente risponde: "Due porzioni" chiedere: "A quanto gelato corrisponderebbe se dovesse misurarlo con una tazza?"

3 Il tuo medico ti consiglia di ridurre la quantità di grassi saturi nella tua dieta. Normalmente consumi 42 grammi di grassi saturi ogni giorno, che include una porzione di gelato. Se smettessi di mangiare gelato, quanti grammi di grassi saturi consumeresti ogni giorno?

Risposta: 33 grammi è l'unica risposta corretta

--	--

4 Se normalmente ingerisci 2.500 calorie al giorno, che percentuale del tuo valore giornaliero di calorie assumi mangiando una porzione di gelato?

Risposta: 10% è l'unica risposta corretta

--	--

LEGGERE AL PAZIENTE:



Supponi di essere allergico a queste sostanze: Penicillina, arachidi, guanti in lattice, punture di api.

5 È sicuro per te mangiare questo gelato?

Risposta: No

--	--

6 (Domandare solo se il paziente risponde "No" alla domanda 5) Perché no?

Risposta: Perché contiene olio di arachidi

--	--

NUMERO DI RISPOSTE CORRETTE

--

TEMPO



--	--

min sec

Interpretazione del punteggio

Punteggio 0-1: suggerisce una elevata probabilità (50% o più) di un basso livello di Health Literacy.

Punteggio 2-3: indica la possibilità di un livello di Health Literacy limitato.

Punteggio 4-6: indica quasi sempre un livello adeguato di Health Literacy.