

Alfabetizzazione sanitaria e aderenza alla terapia: uno studio di coorte con questionari validati in uno studio di medici di medicina generale in associazione

Ruolo dell'azione proattiva dell'infermiere di famiglia e comunità nel territorio

María Estibaliz Aranda Diaz¹, Alberto Magni², Pierangelo Lora Aprile²

¹ Infermiera di Famiglia o di Comunità, ASST Spedali Civili di Brescia, ² Medico di Medicina Generale, Studio Associato Medici Insieme, SIMG, Firenze

Introduzione

L'alfabetizzazione sanitaria (HL), come definita dal Consiglio europeo del 2012, è correlata all'alfabetizzazione e si riferisce alle conoscenze, motivazioni e abilità necessarie affinché le persone accedano, comprendano, valutino e utilizzino le informazioni sanitarie, al fine di esprimere opinioni e prendere decisioni della vita quotidiana per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, la prevenzione delle malattie e la promozione della salute e quindi mantenere o migliorare la qualità della propria vita¹. Questo argomento è stato ampiamente studiato in diversi paesi e si conferma che la HL raggiunge sempre livelli piuttosto bassi².

Un basso livello di alfabetizzazione ha ripercussioni significative sulla vita quotidiana delle persone ed è associato ad uno stato di salute precario, provoca una minore comprensione delle informazioni sanitarie, diminuisce l'aderenza terapeutica (AT) e porta ad un aumento di comportamenti dannosi come fumare, consumare bevande alcoliche, non praticare attività fisica e non controllare il peso corporeo. Un livello inadeguato di HL è legato a un più alto tasso di ospedalizzazione e ad un maggiore utilizzo dei servizi di emergenza².

La non aderenza alle prescrizioni terapeutiche

è definita in letteratura come la non assunzione o assunzione con diversa posologia (modalità, tempistica o dosaggio) rispetto a quanto prescritto dal medico curante.

La AT è un aspetto importante dell'efficacia del trattamento, dei costi sanitari e della sicurezza del paziente³. Molteplici fattori influenzano la AT. Questi includono fattori sociodemografici (compreso il livello di alfabetizzazione e HL), fattori relativi agli operatori sanitari, alla terapia e all'utente stesso come le condizioni di vita e le malattie⁴ (Fig. 1).

Il nostro studio avrà come obiettivo misurare i livelli di HL e AT in una popolazione campione e valutare la correlazione tra esse.

Metodi

Studio osservazionale di coorte volto a valutare i livelli di HL e AT ed a ricercare un'eventuale correlazione tra queste due variabili attraverso la somministrazione di questionari validati in una popolazione di assistiti appartenenti a 12 medici di medicina generale (MMG) associati come medicina di gruppo della Provincia di Brescia. Lo studio è stato promosso e condotto dallo sperimentatore principale, l'infermiera di famiglia o comunità (FoC) dello studio associato, in collaborazione

con gli sperimentatori MMG.

Per la scelta del questionario è stata presa in considerazione la possibilità di porre alcune semplici domande. Le cinque domande di Stagliano & Wallace, pubblicate nel 2013⁵ per misurare il livello di HL, hanno il vantaggio di offrire una valutazione ampia, rapida e facile che può essere gestita dal paziente anche senza il supporto di un operatore esterno, come la compilazione a domicilio dal proprio smartphone (Fig. 2).

Per valutare il livello di AT si è deciso di utilizzare la versione a 4 domande della *MORISKY Medication Adherence Scale* (MMAS-4); questo questionario fornisce una misura di AT auto-riferita strutturata a quattro elementi⁶ (Fig. 3) e può essere compilato autonomamente dall'utente.

I questionari di HL e AT sono stati integrati in unico format (questionario HL/AT) secondo il quale, dopo la compilazione della prima parte (HL), è stata posta la domanda se assumessero due o più medicine che consentiva (o meno) di proseguire nella compilazione della seconda parte del questionario (AT).

I criteri d'inclusione per lo studio sono stati tutti i pazienti dello studio di medicina di gruppo che sono afferiti al proprio MMG durante il periodo di sperimentazione e che hanno completato il

Conflitto di interessi

María Estibaliz Aranda Diaz dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Diaz MEA, Magni A, Lora Aprile P. Alfabetizzazione sanitaria e aderenza alla terapia: uno studio di coorte con questionari validati in uno studio di medici di medicina generale in associazione. Ruolo dell'azione proattiva dell'infermiere di famiglia e comunità nel territorio. Rivista SIMG 2022;29(6):17-20.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

FIGURA 1.

Fattori che influenzano l'aderenza alla terapia (da Dalal et al., 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8642659/>)⁴.

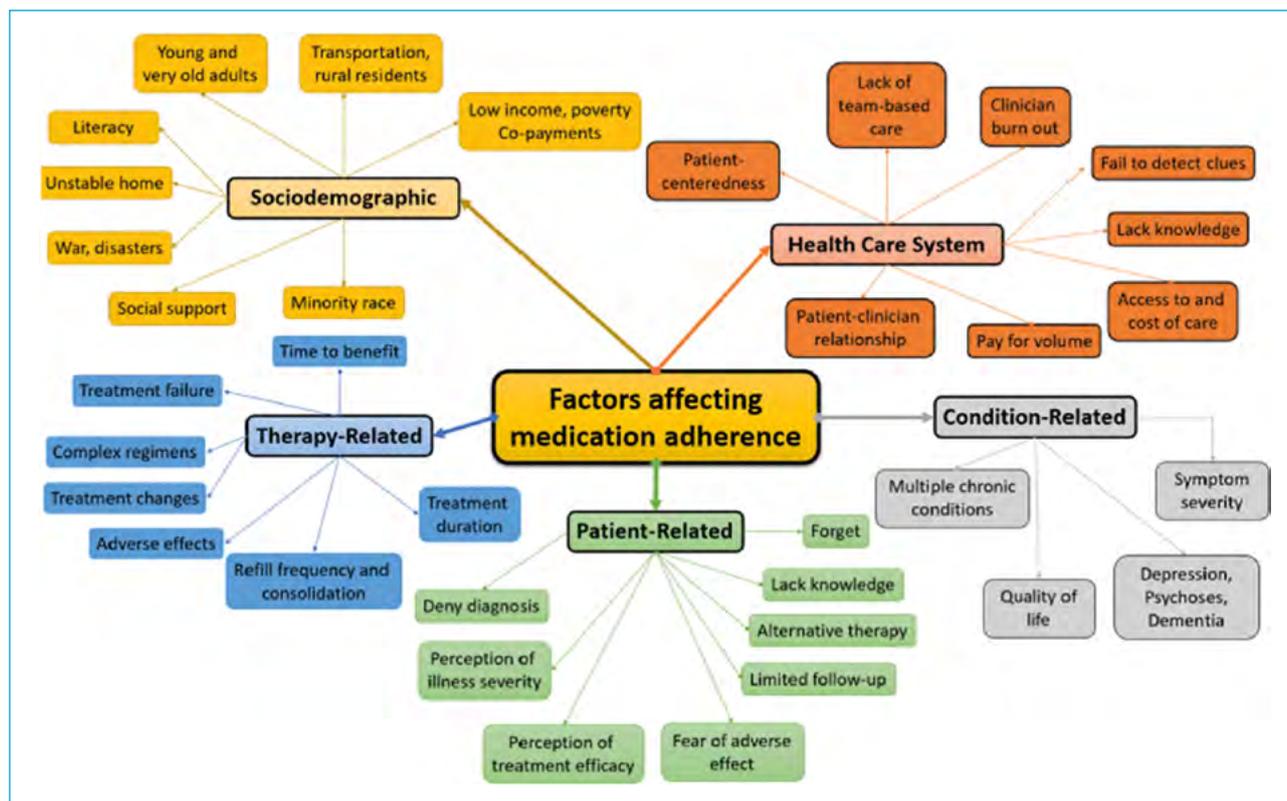


FIGURA 2.

Questionario Health Literacy sec. Stagliano & Wallace. Livelli di Alfabetizzazione: bassa $\leq 2,5$, marginale $>2,5-5$, medio $> 5-7,5$, alto $> 7,5-10$.

1) Ti capita di avere difficoltà a comprendere spiegazioni di medici e di altro personale sanitario oppure informazioni scritte di carattere sanitario?
 Sempre 0 Spesso 1 A volte 2 Raramente 3 Mai 4

2) Ti capita di avere bisogno che qualcuno ti aiuti nel colloquio con medici e personale sanitario o a leggere materiali informativi?
 Sempre 0 Spesso 1 A volte 2 Raramente 3 Mai 4

3) Se dovessi compilare un modulo sanitario ti sentiresti sicuro?
 Moltissimo 4 Molto 3 Abbastanza 2 Poco 1 Per niente 0

4) Trovi difficile capire le statistiche mediche?
 Moltissimo 0 Molto 1 Abbastanza 2 Poco 3 Per niente 4

5) Immagina di dover prendere una decisione per la tua salute: ad esempio riguardo alla dieta o per evitare il rischio di infezione durante una epidemia se c'è da curare una malattia seria. Saresti interessato a prendere in esame numeri e statistiche?
 Moltissimo 4 Molto 3 Abbastanza 2 Poco 1 Per niente 0

questionario HL/AT in maniera cartacea oppure tutti gli assistiti che hanno ricevuto e completato lo stesso via e-mail.

Dal 17 gennaio al 13 febbraio 2022 il questionario HL/AT è stato somministrato dallo sperimentatore principale (IFoC) su supporto cartaceo ai pazienti afferenti allo studio associato di medicina di gruppo, previa autorizzazione di tutti i singoli MMG titolari di assistenza; lo stesso questionario HL/AT, in versione internet module, è stato inviato per via telematica a tutti gli utenti dello studio per i quali era disponibile l'indirizzo e-mail (12023 assistiti).

È stata dapprima eseguita una analisi descrittiva per ognuna delle variabili considerate. Per le variabili continue sono forniti sia i valori della media e della deviazione standard, sia valori minimo e massimo, mediana e quartili; per le variabili categoriche la distribuzione delle frequenze.

Successivamente con un'analisi di tipo bivariato si è verificata l'associazione tra le diverse variabili predittive e quella tra le stesse e la variabile di outcome (aderenza). Sono stati eseguiti gli opportuni test statistici secondo le diverse situa-

FIGURA 3.

Scala Morisky per la valutazione dell'Aderenza Terapeutica (Morisky et al., 1986, mod.)⁶.

MMAS-4 Morisky Medication Adherence Scale

1	Si è dimenticato di assumere i farmaci?	<input type="checkbox"/> SI = 0	<input type="checkbox"/> NO = 1
2	E' occasionalmente poco attento nell'assunzione dei farmaci?	<input type="checkbox"/> SI = 0	<input type="checkbox"/> NO = 1
3	Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia?	<input type="checkbox"/> SI = 0	<input type="checkbox"/> NO = 1
4	Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?	<input type="checkbox"/> SI = 0	<input type="checkbox"/> NO = 1

0-2= non aderente 3-4= aderente

zioni (test CHI quadro per confronti tra proporzioni; test t di Student per il confronto tra medie). Il livello di significatività è stato mantenuto al livello di p-value < 0,05. Si è poi proceduto allo studio di modelli di analisi lineare multipla, con la AT come variabile dipendente (su 5 livelli da 0 a 4) e le altre variabili come indipendenti. I dati, anonimizzati, sono stati raccolti in un database Excel ed elaborati utilizzando il software Excel (Microsoft Worcester USA), la sua estensione XLStat e il calcolatore online openepi.com.

Risultati

Per quanto riguarda la componente HL del questionario, sono stati raccolti 204 questionari cartacei e 732 pazienti hanno risposto al messaggio di posta elettronica compilandolo, per un totale di 936 utenti. (Tab. I).

Non sono emerse differenze statisticamente significative nel punteggio HL tra i due sessi.

La relazione tra età e HL mostra che il punteggio è 6.31, 6.62, 6.53 e 5.11 per le fasce di età rispettivamente 18-24 anni, 25-49 anni 50-74 anni e maggiore o uguale a 75 anni

TABELLA II.

Relazione classi d'età e Health Literacy SCORE.

età	numero	media	dev.st
18-24	16	6,3	1,36
25-49	234	6,6	1,61
50-74	567	6,5	1,74
≥75	94	4,9	2,25

TABELLA I.

Caratteristiche socio-demografiche assistiti studio medico associato rispondenti a questionario HL/AT (totali 936 assistiti).

Caratteristiche demografiche	media ± dev.st. o frequenza	percentuale
età (anni)	57,48 ± 14,80	
sexo		
maschio	362	39%
femmina	574	61%
nazionalità		
italiana	896	96%
altro	40	4%
titolo studio		
elementari	67	7%
medie	194	21%
superiori	459	49%
laurea	216	23%

con una relazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) tra età (più giovane) e punteggio HL (migliore) (Tab. II, Fig. 4).

Esiste una correlazione lineare tra livelli di alfabetizzazione e livelli di HL con significatività statistica ($p < 0,05$) tra titolo di studio (maggiore) e HL (maggiore).

La seconda parte del questionario HL/AT, riferita alla AT di Morisky è stato completato da 516 (il 55% dei 936 utenti) che hanno compilato il questionario HL) poiché rispondenti al criterio dell'assunzione di almeno 2 farmaci al giorno. Il livello medio di AT nella popolazione campione è adeguato (punteggio Morisky 3-4) in 390 (75,6%) degli intervistati assistiti. All'analisi bivariata tra sesso e AT, le femmine (287) avevano un punteggio medio di 2,98 mentre i maschi (229) avevano un punteggio medio di 3,20 con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$) a favore dei maschi. L'età non ha mostrato differenze statisticamente significative con l'AT ($p = 0,38$). L'alfabetizzazione (titolo di studio) ha mostrato una tendenza a favorire l'AT senza raggiungere la significatività ($p = 0,061$).

TABELLA III.

Relazione tra punteggio HL e punteggio aderenza terapeutica.

	Aderenza bassa (0-2)	Aderenza alta (3-4)
HL bassa <5	55	90
HL adeguata >5	71	300

Se consideriamo anche la variabile binomiale HL basso/alto con un punteggio maggiore o inferiore a 5 e un rapporto di AT alta/bassa (punteggio 0-2 vs 3-4) l'analisi bivariata conferma una relazione significativa tra HL basso e bassa AT ($p < 0,05$) (Tab. III).

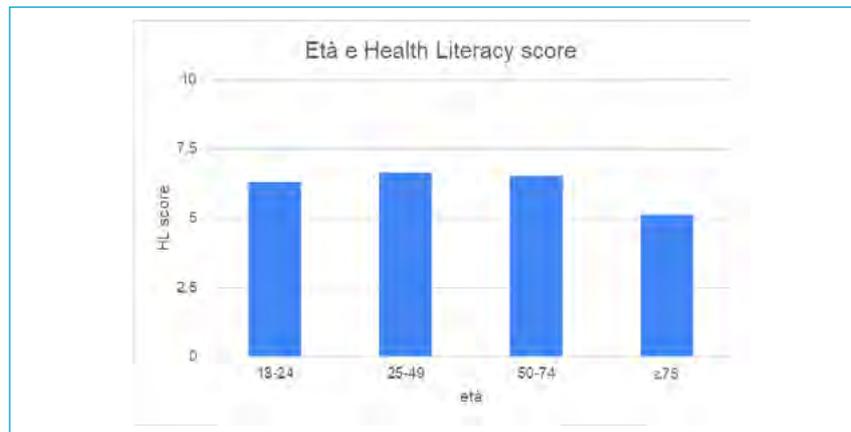
L'analisi della regressione lineare multivariata tra il punteggio di AT con le variabili sesso, età, titolo di studio e punteggio HL, ha mostrato persistenza di significatività con il sesso maschile ($p < 0,05$) e con il punteggio HL ($p < 0,0001$).

Conclusione

Rispetto al modello teorico che abbiamo impostato e tenendo conto delle caratteristiche sociodemografiche del campione rispetto a HL e AT, il modello osservato ha mostrato una relazione significativa solo tra sesso e HL rispetto all'AT. (Figg. 5, 6).

Nella progettazione dello studio è stato perseguito l'obiettivo di raggiungere un campione di assistiti che fosse rappresentativo dell'intero gruppo. Non è stato possibile effettuare un campiona-

FIGURA 4.
Relazione tra età e punteggio di HL.



mento statistico secondo le basi teoriche della statistica ma sono stati presi accorgimenti per mitigare questo limite. Per avere una maggior adesione (anche dagli utenti che vengono raramente dal MMG) la somministrazione massiva è stata online, ma gran parte della popolazione molto anziana senza dimestichezza con i dispositivi informatici è poco rappresentata, essendo esiguo il numero di coloro che sono stati supportati dal ricercatore nella compilazione del questionario in presenza (204 questionari cartacei su 936 totali).

L'AT, valutata col test Morisky, è stata richiesta ad ogni assistito che rispondeva di assumere cronicamente almeno due farmaci al giorno. Non è stata stratificata invece la risposta alla terapia rispetto al numero di farmaci (>2) assunti ed al numero di compresse assunte nella giornata. Probabilmente tale stratificazione potrebbe ulteriormente individuare una popolazione target da sottoporre ad attenzione particolare con programmi di *empowerment* dell'AT.

La versione in italiano del test di cinque semplici domande di Stagliano e Wallace e il test di Morisky, sembrano essere strumenti efficaci per valutare il livello di HL dei pazienti e identificare la loro adesenza ai farmaci. Il tempo di somministrazione breve (qualche minuto), il fatto che le domande siano semplici e non mettano a disagio, la facilità di somministrazione (anche in autonomia su smartphone), come pure la facilità del calcolo dei punteggi rende i test adatti alla pratica clinica. La partecipazione degli assistiti è stata ampia e gli stessi hanno dimostrato apprezzamento per l'interesse del proprio medico verso di loro.

L'utilizzo di semplici questionari somministrati ai propri assistiti consente al personale sanitario di conoscere il livello di HL e AT della propria popolazione. Questo è fondamentale per identificare la popolazione a rischio di non AT. Vigilare su queste categorie di utenti può essere uno degli obiettivi dell'IFoC.

L'IFoC potrà quindi personalizzare l'intervento più

idoneo per questi gruppi di utenti o per questi singoli utenti, e creare momenti di educazione all'AT partendo dalla conoscenza della malattia, dei benefici e dei rischi dell'assunzione di farmaci e insegnando strategie ai pazienti per favorire una maggiore AT. Attraverso attività decisionali condivise, gli utenti e i loro MMG supportati da IFoC, possono collaborare efficacemente a piani di trattamento che portino a stili di vita sani, dopo aver effettuato una valutazione realistica delle loro conoscenze sulla salute (HL) e la comprensione del loro regime di trattamento (AT).

L'adozione di misure appropriate verso questi obiettivi può aiutare gli assistiti ad acquisire capacità di gestione della malattia più efficaci migliorando nel contempo il benessere generale della persona. Con questi interventi mirati l'IFoC diventa la preziosa risorsa che mancava nel nostro territorio.

Bibliografia

- 1 HLS-EU Consortium. Comparative report on health literacy in eight EU Member States. The European health literacy survey HLS-EU - 2012. Available from: www.health-literacy.eu.
- 2 Van den Broucke SK, Fullam S, Doyle J, et al.; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80.
- 3 Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353:487-97.
- 4 Dalal J, Kerkar P, Guha S, et al. Therapeutic adherence in hypertension: Current evidence and expert opinion from India. Indian Heart J 2021;73:667-673. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2021.09.003>
- 5 Stagliano V, Wallace LS. Brief Health Literacy Screening Items Predict Newest Vital Sign Scores. J Am Board Fam Med 2013;26:558-565.
- 6 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986;24:67-74.

FIGURA 5.
Modello statistico teorico.

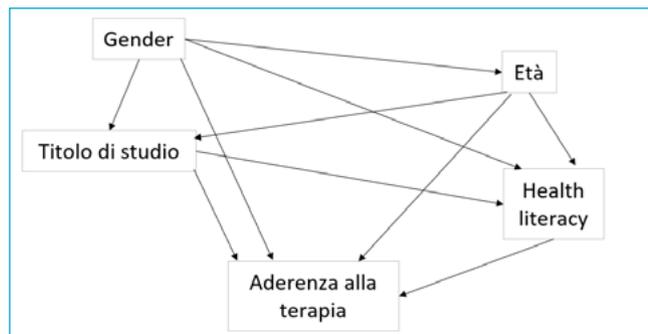


FIGURA 6.
Modello statistico osservato.

