

Sommario

1. INTRODUZIONE	3
1.1 Riferimenti normativi e diritti umani relativi all'alfabetizzazione sanitaria	4
1.2 Contesto demografico globale: tendenze generali sulla fertilità esull'invecchiamento della popolazione	5
1.2.1 Quadro epidemiologico: cronicità	5
1.2.2 Contesto demografico italiano	7
1.2.3 Contesto demografico nelle Marche e nelle Aree Interne	8
1.2.3.1 Focus sull'entroterra marchigiano: Popolazione residente nelle Marche e nei comuni dell'entroterra (Piandimeleto, Peglio, Lunano, Belforte, Monte Grimano Terme e Monte Cerignone)	9
1.3 Health literacy: definizione e l'importanza	10
1.3.1 Ulteriori definizioni di health literacy	13
1.3.2 L'anziano fragile	13
1.3.2.1 L'importanza delle conoscenze e capacità tecnologiche nell'anziano	14
1.4 Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC): introduzione e normative	15
1.4.1 Infermiere IFeC e promozione del health literacy	16
2. OBIETTIVO	17
3. MATERIALI E METODI	17
3.1 Fase A. Survey con somministrazione di questionario	18
3.1.1 Descrizione dello strumento	18
3.1.2 Modalità di raccolta dati	19
3.1.3 Analisi statistica e protezione dei dati	21
3.2 fase B: Dati clinici osservazionali	21
3.2.1 Analisi statistica e protezione dei dati	23
4. RISULTATI	23
4.1 Risultati della survey	23
4.2 Esiti della media generale del questionario HLS-EU-Q16/6(%)	31
4.3 Risultati dei dati clinici osservazionali	32
5. DISCUSSIONE	35
5.1 Limiti dello studio	36
6. CONCLUSIONI	37
7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA	37
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	39

1. INTRODUZIONE

A livello globale, si registra un continuo aumento dell'invecchiamento della popolazione. Come indica il *World Population Data Sheet* del 2024, la popolazione mondiale al 1° luglio 2024 ammontava a circa 8,1 miliardi di persone. Inoltre, il tasso di fertilità (nascite vive per donna) è di 2,2 nascite per donna, e il 10% della popolazione ha 65 anni o più, evidenziando un calo progressivo della fertilità e un parallelo incremento della popolazione anziana. In alcuni paesi dell'Asia orientale, dell'Europa e del Nord America, questa percentuale può raggiungere o addirittura superare il 20%. (1)

In questo contesto, la struttura demografica e sociale di molte nazioni, Italia inclusa sta cambiando profondamente. Secondo gli indicatori demografici forniti dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) per l'anno 2023 (2), l'Italia continua a riconfermarsi come uno dei Paesi più anziani dell'Unione Europea (UE), con un indice di vecchiaia pari a 193,1 anziani ogni cento giovani. L'aumento dell'età media così come di anziani impone un adattamento dei servizi sanitari, che devono essere ripensati per rispondere ai bisogni emergenti di una popolazione sempre più anziana e vulnerabile.

Sebbene l'aumento della longevità rappresenti un'importante conquista che riflette il miglioramento delle condizioni di vita e i progressi medici, può trasformarsi in una sfida se non supportato da una pianificazione accurata e tempestiva di interventi sanitari mirati. Questi interventi dovrebbero concentrarsi su ricerca, assistenza e benessere degli anziani, tenendo conto dell'evoluzione del concetto di invecchiamento.

Health literacy, in italiano alfabetizzazione sanitaria, rappresenta un fattore fondamentale per mantenere un certo livello di autonomia individuale, specialmente per categorie vulnerabili come gli anziani fragili, così da poter ridurre la dipendenza dai caregiver. Essere alfabetizzati in ambito sanitario significa avere la capacità di gestire consapevolmente la propria salute e, successivamente, contribuire a quella degli altri. Un individuo con un buon livello di alfabetizzazione sanitaria è in grado di prendersi attivamente cura della propria salute, così come di quella dei propri familiari e della comunità in cui vive.

L'alfabetizzazione sanitaria è essenziale per assicurare sistemi sanitari efficaci e affidabili, consentendo alle persone di aggiornare le proprie conoscenze e di diventare utenti informati. Promuoverla sia a livello individuale che nei sistemi sanitari contribuisce a migliorare l'equità nell'accesso alle cure. Poiché la vulnerabilità è influenzata dalle competenze personali e dall'organizzazione dei servizi, è fondamentale garantire l'alfabetizzazione sanitaria a tutti, con particolare attenzione alle persone in situazioni di fragilità (3).

In questo contesto, lo scopo di questa tesi è studiare l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria nella popolazione anziana e fragile dell'entroterra pesarese, con particolare attenzione al ruolo cruciale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nel promuovere l'autonomia e migliorare l'accesso ai servizi sanitari in aree rurali.

1.1 Riferimenti normativi e diritti umani relativi all'alfabetizzazione sanitaria

Il 12 dicembre 2023 si è tenuta a Roma la conferenza dal titolo *“Alfabetizzazione sanitaria e diritti umani – creare fiducia ed equo accesso all’assistenza sanitaria”*. L'evento, organizzato dal Consiglio d'Europa in collaborazione con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali d'Italia, con il supporto del Ministero della Famiglia, della Natalità e delle Pari Opportunità e del Ministero della Salute, ha offerto l'opportunità di presentare la *“Guida all'alfabetizzazione sanitaria per favorire la costruzione della fiducia e garantire un accesso equo all'assistenza sanitaria”*. Questo documento è stato sviluppato dal Comitato Direttivo per i diritti umani nel campo della BIOMedicina e della salute (CDBIO)(4).

Il CDBIO sollecita i Paesi membri a intensificare e rafforzare i propri sforzi per promuovere l'alfabetizzazione sanitaria. L'obiettivo è garantire un accesso equo ai servizi sanitari e ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario.

Questo concetto è strettamente legato al principio costituzionale sancito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, che afferma: *“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”* (Costituzione Italiana, art. 32) (5).

L'articolo costituzionale evidenzia come la salute sia un diritto inviolabile e imprescindibile. Tuttavia, per poter essere esercitato pienamente è necessario che i cittadini possiedano le competenze necessarie per comprendere le informazioni sanitarie, riconoscere i loro bisogni di salute e accedere ai servizi sanitari in modo consapevole.

Un'alfabetizzazione sanitaria adeguata è essenziale per garantire che tutti i cittadini possano esercitare il loro diritto alla salute in modo equo e informato, migliorando così l'accesso ai servizi e l'efficacia delle cure ricevute.

1.2 Contesto demografico globale: tendenze generali sulla fertilità e sull'invecchiamento della popolazione

Come già affermato, secondo il *Population Reference Bureau* (2024), la popolazione mondiale, attualmente superiore agli 8 miliardi di persone, è destinata a crescere ulteriormente, raggiungendo quasi 9,6 miliardi entro il 2050. Questa crescita demografica globale è accompagnata da una notevole diversificazione nelle fasce di età nei tassi di natalità. Attualmente, il 10% della popolazione mondiale ha 65 anni o più, mentre il 25% ha meno di 15 anni, evidenziando la coesistenza di una popolazione sempre più anziana e di una vasta popolazione giovane (6).

Le differenze regionali sono significative: l'Africa subsahariana, con il 41% della popolazione al di sotto dei 15 anni, si conferma la regione più giovane del mondo, mentre l'Europa meridionale risulta essere la più anziana, con il 22% della popolazione composta da persone di età pari o superiore ai 65 anni. Un altro aspetto cruciale riguarda il tasso di fertilità totale globale, che riportano 2,2 nascite vive per donna. Tuttavia, anch'esso varia notevolmente tra le diverse regioni: l'Africa centrale ha il tasso di fertilità più elevato, pari a 5,5 nascite per donna, mentre l'Asia orientale presenta un tasso estremamente basso, di appena 1,0 (6).

Le disparità regionali nel tasso di natalità e nella struttura demografica richiedono approcci politici e sanitari differenziati per rispondere adeguatamente alle esigenze di popolazioni in rapida crescita o in fase di invecchiamento.

In sintesi, le tendenze demografiche globali evidenziano l'importanza di adottare strategie specifiche per affrontare le sfide legate sia all'incremento della popolazione giovane che all'invecchiamento. Nei Paesi in via di sviluppo è fondamentale puntare su investimenti in ambito educativo e nella creazione di opportunità lavorative, mentre le nazioni con una popolazione in fase di invecchiamento devono concentrarsi sul miglioramento dei servizi sanitari e sociali per assicurare una buona qualità della vita agli anziani. Soltanto attraverso politiche su misura sarà possibile garantire un futuro sostenibile per tutte le generazioni.

1.2.1 Quadro epidemiologico: cronicità

L'invecchiamento della popolazione mondiale è un fenomeno in rapida crescita, con implicazioni significative per i sistemi sanitari globali. L'Organizzazione Mondiale della

Sanità (OMS) prevede che entro il 2030 una persona su sei avrà 60 anni o più, e la popolazione globale di questa fascia di età raddoppierà da 1 miliardo nel 2020 a 2,1 miliardi entro il 2050. Parallelamente, la popolazione di ultraottantenni triplicherà, arrivando a 426 milioni. Questa tendenza ha avuto inizio nei paesi a reddito elevato, come il Giappone, e si sta ora diffondendo rapidamente nei paesi a basso e medio reddito, dove entro il 2050 è previsto che due terzi della popolazione mondiale superino i 60 anni di età. (7)

Con l'invecchiamento, aumentano anche le condizioni di salute tipiche della vecchiaia, come la perdita dell'udito, cataratta, dolori articolari, osteoartrite, malattie respiratorie croniche, diabete, depressione e demenza. Spesso, queste malattie coesistono e, insieme all'età, favoriscono l'emergere di sindromi geriatriche, tra cui fragilità, incontinenza, cadute, delirio e ulcere da pressione. (7)

Le malattie croniche, o non trasmissibili (NCD), rappresentano una delle principali sfide sanitarie globali, responsabili del 74% dei decessi nel mondo. Queste includono malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche e cancro, spesso associate a fattori di rischio modificabili come l'inattività fisica, un'alimentazione scorretta, l'abuso di alcol, il fumo e l'inquinamento atmosferico. La crescente prevalenza di queste malattie influisce gravemente sulla qualità della vita delle persone, limitando la loro autonomia e aumentando la necessità di cure continuative. Questo contesto si manifesta principalmente nei paesi a basso e medio reddito, dove l'accesso ai servizi sanitari è spesso limitato.

Per affrontare questa sfida, l'OMS guida e sostiene l'azione globale per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili. Le strategie globali puntano a ridurre i fattori di rischio e migliorare la prevenzione e la gestione delle malattie. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile include un obiettivo specifico (Obiettivo 3.4) volto a ridurre di un terzo le morti premature causate da NCD entro il 2030 attraverso misure di prevenzione e trattamento. Nel 2019, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha esteso il piano d'azione dell'OMS fino al 2030, introducendo una nuova *Roadmap* per il periodo 2023-2030, con l'obiettivo di accelerare i progressi nella lotta contro queste malattie. (WHO, *Noncommunicable Diseases*) (8).

In Italia, con l'invecchiamento della popolazione sta aumentando anche l'incidenza delle malattie croniche, tra cui malattie cardiovascolari, respiratorie e diabete. Il progressivo declino delle capacità funzionali delle persone anziane determina una crescente necessità di assistenza e di cure a lungo termine (9). Gli indicatori internazionali, come le ADL (*Activities of Daily Living*) e le IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), mostrano un

aumento significativo delle difficoltà incontrate dagli anziani nello svolgere le attività quotidiane. Le donne, in particolare, risultano maggiormente colpite in tutte le fasce di età (10).

Adattare i sistemi sociosanitari all'invecchiamento della popolazione richiede una maggiore attenzione alla prevenzione e all'assistenza sul territorio, riducendo la dipendenza dagli ospedali e migliorando l'efficienza del sistema sanitario nel lungo periodo.

1.2.2 Contesto demografico italiano

Al 1° gennaio 2024, secondo i dati forniti da ISTAT (2024), la popolazione residente in Italia ammontava a 58,99 milioni, con una diminuzione di 7 mila unità rispetto all'anno precedente (11).

Il calo delle nascite, in particolare, pone interrogativi sulle misure necessarie per incentivare le famiglie a crescere, offrendo loro un maggiore supporto economico e sociale. Allo stesso tempo, il progressivo invecchiamento della popolazione, con una crescita costante dei decessi rispetto alle nascite, richiede politiche che favoriscano una maggiore integrazione e supporto per gli anziani, così come un adattamento del sistema sanitario e previdenziale per far fronte a una popolazione più anziana e più fragile.

Secondo gli ultimi dati forniti dall'ISTAT nel rapporto Indicatori Demografici 2023, l'Italia continua a registrare una riduzione della natalità e un progressivo invecchiamento della popolazione. Il tasso di fertilità si attesta a 1,24 figli per donna, uno dei più bassi in Europa, mentre l'indice di vecchiaia ha raggiunto 193,1 anziani ogni 100 giovani, confermando l'Italia come uno dei paesi più anziani dell'Unione Europea. Questa tendenza demografica riflette un'ulteriore sfida per il sistema sanitario nazionale, in particolare nelle aree interne e rurali, dove l'invecchiamento della popolazione è particolarmente pronunciato.

Nel 2023, con 379 mila nascite, è stato registrato il minimo storico per l'undicesimo anno consecutivo. I decessi sono stati 661 mila, in calo dell'8% rispetto al 2022, ma con un saldo naturale ancora negativo di -281 mila (ISTAT,2024) (11).

Le stime indicano che entro il 2050, il 35,9% della popolazione italiana avrà più di 65 anni. Ciò richiederà un'importante trasformazione nella gestione delle risorse sanitarie e sociali, con una maggiore attenzione verso l'assistenza domiciliare, la prevenzione delle malattie croniche e la promozione di stili di vita sani in tutte le fasi della vita. (*Epicentro, 2012*) (12).

L'invecchiamento progressivo della popolazione italiana ha portato a una crescente diffusione delle malattie croniche, condizioni di lunga durata che richiedono cure continuative e un'attenzione particolare da parte del sistema sanitario. Il Piano nazionale della cronicità (Ministero della Salute, 2024) sottolinea la necessità di un approccio integrato che includa la prevenzione, l'assistenza continuativa e l'educazione sanitaria per gestire al meglio questa crescente problematica, soprattutto in una popolazione anziana come quella italiana. **(10)** L'aumento della cronicità richiede una riorganizzazione dei servizi sanitari per fornire supporto non solo nelle strutture ospedaliere, ma soprattutto a livello territoriale, favorendo l'assistenza domiciliare e un maggior coinvolgimento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC).

1.2.3 Contesto demografico nelle Marche e nelle Aree Interne

I dati del Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni del 2022, evidenzia come la regione Marche al 31 dicembre 2022, contava 1.484.298 abitanti, pari al 2,5% della popolazione totale italiana. Rispetto all'anno precedente, si è verificata una diminuzione di 2.852 unità, pari a un calo dello 0,2%, superiore alla flessione nazionale dello 0,1%.

Un aspetto rilevante è l'accentuarsi del fenomeno della denatalità, che ha toccato un nuovo minimo storico. Nel 2022, si sono registrate solo 8.788 nascite, 434 in meno rispetto al 2021. (Istat, 2024) **(13)**.

Le aree maggiormente colpite da questo calo demografico sono i comuni montani e collinari interni, dove la popolazione è più anziana rispetto ad altre parti della regione. Questo andamento evidenzia una tendenza consolidata di spopolamento delle aree interne, aggravata da bassi tassi di natalità e un elevato invecchiamento, che rende la situazione demografica di queste zone particolarmente complessa.

Secondo i dati suggeriti precedentemente, nella regione, vi sono circa 306.000 persone con più di 65 anni di età, pari al 21,8% della popolazione totale, una percentuale superiore alla media nazionale del 18,6% (Regione Marche) **(14)**.

In questa regione, la popolazione anziana è in costante crescita, con una percentuale di persone over 65 tra le più alte a livello nazionale ed europeo. Questo fenomeno è particolarmente rilevante nelle aree interne, dove la popolazione tende ad essere più anziana rispetto ai centri urbani.

- l'invecchiamento della popolazione;
- la bassa densità abitativa;
- la difficoltà di accesso ai servizi sanitari nelle zone rurali e periferiche.

I dati ISTAT, come precedentemente citati, evidenziano come lo spopolamento e l'invecchiamento delle aree interne rappresentino una sfida cruciale non solo dal punto di vista demografico, ma anche economico e sociale. La riduzione della popolazione e l'aumento dell'età media minacciano la sostenibilità dei servizi essenziali e delle infrastrutture, portando queste zone verso una crescente marginalizzazione. Per contrastare questa tendenza, è necessario incentivare politiche che favoriscano il ritorno dei giovani e la crescita economica, oltre a promuovere la natalità. Solo attraverso una pianificazione integrata, che includa il potenziamento dei servizi sanitari e sociali per una popolazione sempre più anziana, si potrà trasformare l'invecchiamento in un'opportunità.

La longevità, se gestita con interventi adeguati e una visione strategica, può rappresentare un'opportunità per il futuro, anziché un limite.

1.2.3.1 Focus sull'entroterra marchigiano: Popolazione residente nelle Marche e nei comuni dell'entroterra (Piandimeleto, Peglio, Lunano, Belforte, Monte Grimano Terme e Monte Cerignone)

L'entroterra marchigiano, sebbene rappresenti una componente significativa della regione, sta affrontando sfide demografiche sempre più rilevanti. Queste zone sono segnate da un progressivo invecchiamento della popolazione e da un calo costante delle nascite.

I comuni di Piandimeleto, Peglio, Lunano, Belforte all'Isauro, Monte Grimano Terme e Monte Cerignone riflettono chiaramente questa tendenza, evidenziando una riduzione della popolazione e un saldo naturale negativo.

Secondo i dati ISTAT estratti personalmente il 16 ottobre 2024, all'attuale popolazione residente, la regione Marche ammonta a 1.484.427 persone, suddivise tra 726.830 maschi e 757.597 femmine. Per quanto riguarda la provincia di Pesaro e Urbino (PU), che è al centro di questa tesi, la popolazione totale è di 350.335 persone, con 172.349 maschi e 177.986 femmine (15). Per quanto riguarda i comuni dell'entroterra di questa provincia, si evidenzia una chiara tendenza demografica caratterizzata da un costante calo della

popolazione e da un progressivo invecchiamento. Di seguito sono riportati i dati demografici per alcuni comuni specifici dell'entroterra:

- Lunano: la popolazione residente è di 1.426 persone, con 762 maschi e 664 femmine.
- Peglio: la popolazione residente è di 645 persone, con 318 maschi e 327 femmine.
- Piandimeleto: la popolazione totale è di 2.017 persone, suddivisa tra 1.021 maschi e 996 femmine.
- Belforte all'Isauro: la popolazione è composta da 745 persone, con 374 maschi e 371 femmine.
- Frontino: la popolazione residente è di 297 persone, di cui 144 maschi e 153 femmine.
- Monte Grimano Terme: la popolazione è di 1.127 persone, con 562 maschi e 565 femmine.
- Monte Cerignone: la popolazione residente è di 588 persone, con 274 maschi e 314 femmine.

Questi dati evidenziano una tendenza di lieve decremento e un invecchiamento della popolazione nelle aree interne della regione, con un saldo naturale spesso negativo, che riflette un numero di decessi superiore a quello delle nascite in molti di questi comuni (15).

1.3 Health literacy: definizione e l'importanza

Il concetto di *health literacy*, in italiano alfabetizzazione sanitaria, è stato introdotto per la prima volta da Scott K. Simonds negli anni '70 negli Stati Uniti (Simonds, 1974) (16)

L'alfabetizzazione sanitaria è un elemento cruciale per garantire che le persone possano gestire autonomamente la propria salute, accedendo e utilizzando in modo efficace le risorse disponibili. Come definito dal (OMS, 2021), "L'alfabetizzazione sanitaria rappresenta le conoscenze e le competenze personali che si accumulano attraverso le attività quotidiane, le interazioni sociali e le generazioni. Le conoscenze e le competenze personali sono mediate dalle strutture organizzative e dalla disponibilità di risorse che consentono alle persone di accedere, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni e i servizi in modo da promuovere e mantenere una buona salute e il benessere per se stessi e per coloro che li circondano.", tradotto dalla lingua originale inglese, "*Health literacy represents the personal knowledge and competencies that accumulate through daily activities, social interactions and across generations. Personal knowledge and competencies are mediated*

by the organizational structures and availability of resources that enable people to access, understand, appraise and use information and services in ways that promote and maintain good health and well-being for themselves and those around them.” (17).

L'alfabetizzazione sanitaria emerge come un elemento fondamentale non solo per la gestione della salute personale, ma anche per favorire il benessere collettivo, di seguito consentendo alle comunità di rispondere in maniera più efficace alle sfide sanitarie comuni.

Un individuo con un buon livello di alfabetizzazione sanitaria è in grado di assumersi la responsabilità della propria salute, oltre che di quella della propria famiglia e della comunità in cui vive (18).

Nel 1988, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha introdotto il termine *Health Literacy* nel *Glossario di Promozione della Salute*, definendolo come l'insieme delle competenze cognitive e sociali che influenzano la motivazione e la capacità degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni per promuovere e mantenere una buona salute (19).

Pochi modelli concettuali di alfabetizzazione sanitaria sono stati empiricamente convalidati. Per colmare queste lacune, Sørensen et al. (2012) hanno proposto un modello integrato che sintetizza le principali dimensioni dei modelli concettuali esistenti, offrendo una visione più completa delle variabili che influenzano l'alfabetizzazione sanitaria (19). Come illustrato in Fig.1, il modello descrive i diversi livelli e fattori che incidono sulla capacità degli individui di accedere, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni sanitarie. Questo approccio integra aspetti individuali e collettivi, tenendo conto dei determinanti personali e situazionali, nonché delle competenze necessarie per prendere decisioni informate riguardo alla propria salute.

Un modello di alfabetizzazione sanitaria che illustra i vari livelli e componenti che influenzano la capacità delle persone di accedere, comprendere, valutare e applicare le informazioni sulla salute. Questo modello integra concetti individuali e collettivi della salute, considerando i determinanti personali e situazionali, l'accesso alle informazioni e le competenze necessarie per prendere decisioni informate sulla salute (19).

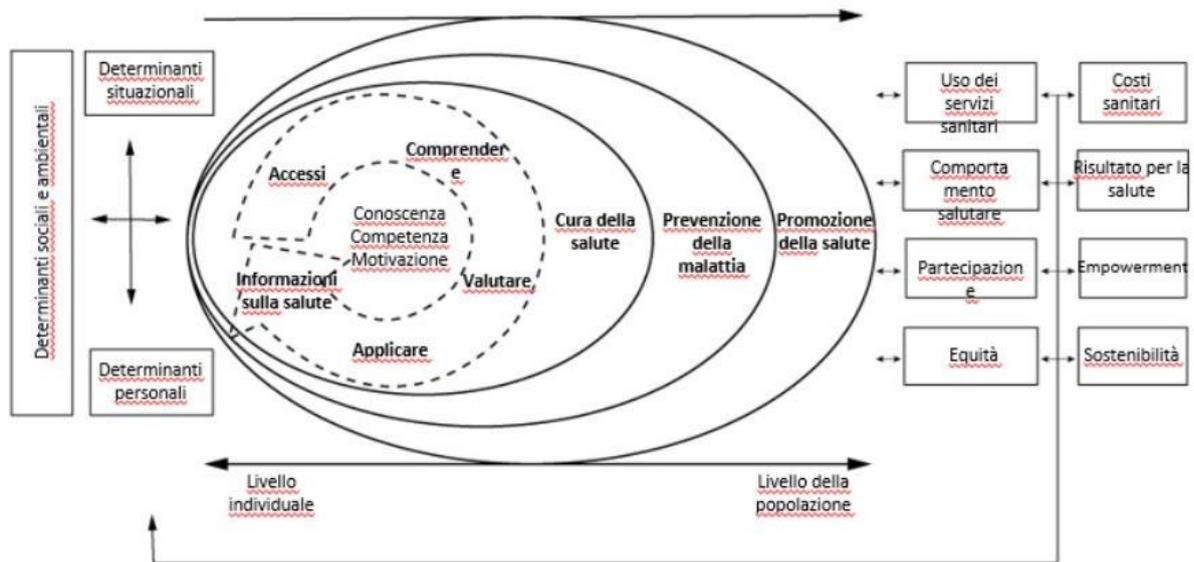


Fig.1. Modello concettuale di alfabetizzazione sanitaria. Conversione in lingua italiana. (Sørensen et al., 2012).

Nel modello proposto da Sørensen et al. (2012) (19), l'alfabetizzazione sanitaria viene descritta attraverso diversi livelli e determinanti:

- Livello individuale e collettivo: Il modello illustra come l'alfabetizzazione sanitaria parta dal singolo individuo, con le sue conoscenze, competenze e motivazione, per poi espandersi a livello di popolazione, influenzando l'uso dei servizi sanitari, il miglioramento dei comportamenti salutari e la partecipazione sociale collettiva.
- Determinanti personali e situazionali: Il modello evidenzia che l'alfabetizzazione sanitaria è condizionata sia da fattori personali, come capacità cognitive, esperienze passate e motivazione, sia da fattori situazionali, quali l'ambiente sociale e l'accesso ai servizi sanitari.
- Accesso e utilizzo delle informazioni: Il percorso dell'alfabetizzazione sanitaria inizia con l'accesso alle informazioni, seguito dalla loro comprensione, valutazione e applicazione per migliorare la cura personale, prevenire le malattie e promuovere la salute.
- Esiti di salute: Un buon livello di alfabetizzazione sanitaria porta a risultati positivi, come comportamenti più sani, maggiore partecipazione ai servizi sanitari, empowerment individuale e miglior equità nell'accesso alla salute.

1.3.1 Ulteriori definizioni di *health literacy*

I *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) definiscono l'alfabetizzazione sanitaria come la capacità di un individuo di ottenere, elaborare, comunicare e comprendere informazioni e servizi sanitari di base per prendere decisioni appropriate sulla propria salute (20).

L'OMS invece amplia questa definizione, sottolineando l'importanza delle competenze cognitive e sociali necessarie per accedere, comprendere e utilizzare efficacemente le informazioni sanitarie, con l'obiettivo di promuovere e mantenere una buona salute (). Quest'ultimo definisce alfabetizzazione sanitaria come "*rappresentante la conoscenza e le competenze personali che si accumulano attraverso le attività quotidiane, le interazioni sociali e attraverso le generazioni*" (21). La conoscenza e le competenze personali sono mediate dalle strutture organizzative e dalla disponibilità di risorse che consentono alle persone di accedere, comprendere, valutare e utilizzare informazioni e servizi in modi che promuovono e mantengono una buona salute e un buon benessere per se stessi e per coloro che li circondano (21).

1.3.2 L'anziano fragile

Il concetto di "anziano fragile" fu introdotto negli anni '70 dal *Federal Council on the Aging* (FCA), definito come un individuo in genere di età superiore ai 75 che presenta multi-morbilità, dunque la quale necessiterà di diversi servizi sanitari (22), e solo successivamente venne adottato dalla comunità scientifica geriatrica. Questa definizione si riferisce a una condizione di: vulnerabilità fisica e sociale legata all'invecchiamento, che aumenta il rischio di esiti negativi per la salute, come la perdita di autonomia, ricoveri ospedalieri o mortalità precoce.

Nella sorveglianza "PASSI d'Argento" dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS) (23), un anziano è considerato fragile se mantiene autonomia nelle attività quotidiane di base (ADL), ma non riesce a svolgere autonomamente almeno due attività più complesse (IADL), come cucinare o gestire il denaro. I dati raccolti tra il 2022 e il 2023 mostrano che il 17% degli anziani rientra in questa categoria, con una prevalenza maggiore tra le persone più anziane (dal 9% tra i 65-74 anni al 33% negli over 85) e tra coloro con difficoltà economiche o un basso livello di istruzione. La fragilità è più diffusa nelle regioni del Sud Italia (21%) rispetto al Centro (16%) e al Nord (12%) (23). La maggior parte degli anziani fragili riceve supporto, principalmente dai familiari o da badanti, mentre solo una piccola percentuale riceve

assistenza da servizi sociosanitari pubblici. Inoltre, la fragilità è strettamente collegata alla cronicità: tra gli anziani con due o più patologie croniche, il 27% risulta disabile, in confronto al 6% tra quelli senza malattie croniche (23).

Fragilità e disabilità negli anziani sono fortemente legate al livello di autonomia nelle attività quotidiane (23). Questo grado di indipendenza, misurato con le scale ADL e IADL, è essenziale per valutare il benessere dell'individuo e stabilire il tipo di assistenza necessario. La scala ADL misura la capacità di eseguire attività di base come alimentarsi, vestirsi e muoversi, mentre la scala IADL valuta la capacità di gestire compiti più complessi, come prendersi cura della casa e amministrare le proprie finanze, necessari per vivere in modo autonomo.

1.3.2.1 L'importanza delle conoscenze e capacità tecnologiche nell'anziano

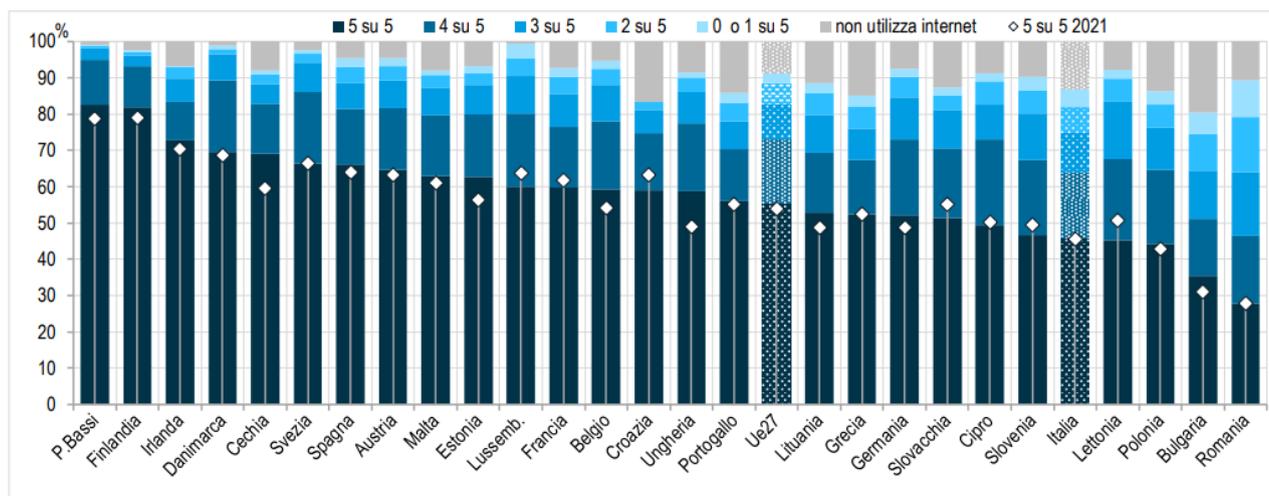
La tecnologia rappresenta un'opportunità fondamentale per migliorare la qualità della vita degli anziani e facilitare l'accesso alle informazioni sanitarie.

Secondo il "Quadro di riferimento delle competenze digitali dell'Unione Europea" (), l'obiettivo è che entro il 2030 l'80% della popolazione tra i 16 e i 74 anni possieda competenze digitali di base in tutti e cinque i domini previsti. Nel 2023, però, solo il 45,9% degli adulti in Italia possiede competenze digitali adeguate, mentre oltre un terzo, pari al 36,1%, ha competenze insufficienti. Inoltre, il 5,1% degli utenti di Internet in Italia non possiede alcuna competenza digitale. Rispetto ad altri Paesi europei, l'Italia si colloca tra le nazioni con la percentuale più bassa di persone dotate di competenze digitali almeno di base (*DigComp 2.1*; Agenzia per l'Italia Digitale, 2018) (24).

La Tab.1 mostra le persone di età compresa tra 16 e 74 anni e il loro corrispettivo livello di competenza digitale per l'anno 2023. Espressa in valori percentuali ogni 100 persone in questa fascia di età, essa suddivide la popolazione in base da coloro che padroneggiano tutte e cinque le competenze principali ("5 su 5") fino a coloro che non utilizzano affatto internet.

Da quanto si può osservare, in Paesi come i Paesi Bassi, la Finlandia e l'Irlanda, la maggior parte della popolazione presenta un alto livello di competenza digitale (5 su 5), mentre in paesi come l'Italia, le competenze digitali risultano essere molto inferiori rispetto alla media europea, con una percentuale significativa di persone che non utilizzano internet o che hanno competenze limitate (0 o 1 su 5).

Questa discrepanza mostra come possano variare le infrastrutture digitali, i programmi educativi e l'accesso alle tecnologie tra i Paesi dell'Unione Europea.



Tab.1. Popolazione mondiale dai 16 ai 74 anni per livello di competenza digitale. Fonte: Eurostat - Istat, Community Survey on ICT usage in households and by Individuals.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) del 2021 è un piano strategico sviluppato dall'Italia in risposta alla crisi causata dalla pandemia di COVID-19. Uno degli obiettivi del PNRR è il rafforzamento del sistema sanitario, che prevede l'introduzione e il potenziamento della telemedicina, rafforzando così le capacità degli infermieri IFeC di fornire un'assistenza sanitaria più ampia e personalizzata. Insieme alla presenza fisica sul territorio, gli IFeC potranno utilizzare la telemedicina per monitorare i pazienti da remoto, gestire cronicità e fornire consulenze, migliorando così l'accesso alle cure e favorendo una continuità assistenziale, soprattutto nelle aree rurali o per i pazienti con difficoltà di mobilità. (25)

Le innovazioni tecnologiche, come la telemedicina, i dispositivi indossabili per il monitoraggio della salute e le applicazioni mobili, offrono agli anziani la possibilità di gestire in modo autonomo la propria salute e rimanere in contatto con i professionisti sanitari anche a distanza. Questo progresso nell'ambito della tecnologia, non solo contribuisce a potenziare l'assistenza domiciliare, ma è anche un fattore chiave per promuovere l'alfabetizzazione sanitaria, consentendo agli anziani di acquisire e comprendere informazioni rilevanti in maniera più accessibile e personalizzata.

Di conseguenza, l'accesso, insieme alle conoscenze e competenze nel campo della tecnologia, diventa fondamentale per garantire un utilizzo efficace di questi strumenti, promuovendo una maggiore autonomia e migliorando la qualità della vita degli anziani.

1.4 Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC): introduzione e normative

La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) afferma che l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) ha il compito di promuovere la salute, rispondendo ai bisogni della popolazione adulta e pediatrica di una specifica area territoriale. Inoltre, suggerisce che l'IFeC favorisce l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali, lavorando in autonomia e in collegamento con i servizi infermieristici del distretto di competenza, collaborando strettamente con gli altri operatori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'IFeC può operare in diversi modelli assistenziali di cure primarie, adattandosi alle esigenze del territorio, sia che si tratti di aree urbane densamente popolate, periferie, paesi isolati o zone montane, che richiedono approcci organizzativi e interventi specifici (26).

Durante un convegno intitolato "Invecchiamento di successo: *Body and Mind Connection*", l'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) ha proposto una definizione ben precisa di questa particolare figura infermieristica: "*L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista in possesso di titolo universitario post base (Master/Laurea magistrale clinica) competente nella promozione della salute e in tutti i livelli della prevenzione, nonché nella presa in carico, dal punto di vista infermieristico, delle persone nel loro ambiente familiare e di vita e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali e della comunità, al fine di mettere le persone in grado di raggiungere il miglior risultato di salute possibile*" (Obbia, 2019) (27).

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) è dunque un professionista che lavora a stretto contatto con le famiglie e le comunità, offrendo un'assistenza infermieristica integrata e autonoma. La crescente richiesta di una figura specializzata nella gestione della salute territoriale è legata alla necessità di un approccio preventivo e proattivo, soprattutto in un contesto di attuale aumento delle malattie croniche. L'IFeC svolge un ruolo fondamentale nell'individuare tempestivamente i bisogni di salute e nell'intervenire rapidamente. Questa figura, se adeguatamente impiegata, può migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari.

L'infermiere di famiglia e comunità, infatti, non solo gestisce le patologie già esistenti, ma lavora attivamente per prevenire l'aggravamento delle condizioni di salute, promuovendo comportamenti sani e facilitando l'accesso ai servizi sanitari.

1.4.1 Infermiere IFeC e promozione del *health literacy*

L'IFeC è una risorsa chiave per garantire la continuità delle cure sul territorio, rispondendo ai bisogni di una popolazione in evoluzione. Se adeguatamente valorizzato, questa figura infermieristica può migliorare l'accesso alle cure e offrire un'assistenza sanitaria più efficiente ed efficace, contribuendo a rendere il sistema sanitario più sostenibile e vicino alle esigenze delle persone. Inoltre, svolge un ruolo fondamentale nella promozione dell'alfabetizzazione sanitaria, aiutando le persone a comprendere meglio le informazioni sulla salute, a prendere decisioni consapevoli e a gestire le proprie condizioni croniche, migliorando così il benessere individuale e collettivo.

Come vedremo successivamente, nell'ambito dell'alfabetizzazione sanitaria, l'IFeC sarà di notevole aiuto nei vari ambiti che riguardano l'utente.

2. OBIETTIVO

Questo lavoro di tesi si propone di indagare quanto gli anziani dell'entroterra pesarese siano alfabetizzati o meno in ambito sanitario e come ciò influenzi le loro capacità di gestire la propria salute, la loro aderenza ai trattamenti e la loro fiducia nei servizi sanitari locali.

Obiettivi:

1. Determinare il livello di alfabetizzazione sanitaria della popolazione anziana (>65 anni) residente nell'entroterra pesarese afferente all'AST Pesaro Urbino.
2. Valutare gli esiti assistenziali degli utenti over 65 in carico all'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) il cui bacino d'utenza comprende i comuni di Piandimeleto, Lunano, Frontino, Peglio, Belforte all'Isauro, Monte Grimano Terme e Monte Cerignone.

Il fine è comprendere come l'intervento dell'IFeC abbia influito sulle condizioni di salute e sulla qualità della vita degli anziani assistiti. Lo studio mira a offrire una base informativa in modo da poter guidare le pianificazioni di eventuali interventi specifici per potenziare l'alfabetizzazione sanitaria, con lo scopo di migliorare la qualità della vita degli anziani fragili dei suddetti territori.

3. MATERIALI E METODI

La tesi è stata svolta in due fasi parallele con la conduzione di due disegni di ricerca di tipo osservazionale: uno studio descrittivo retrospettivo e uno studio trasversale *cross sectional* con somministrazione di questionario validato.

3.1 Fase A. Survey con somministrazione di questionario

È stato condotto uno studio osservazionale *cross sectional* volto alla misurazione del livello di Alfabetizzazione Sanitaria della popolazione anziana (>65 anni) residente nelle aree dell'entroterra pesarese. Il campione, di convenienza, comprendeva utenti e loro familiari/caregiver residenti nei territori di Piandimeleto, Lunano, Frontino, Peglio, Belforte all'Isauro, Monte Grimano Terme, Monte Cerignone, in carico agli Infermieri di Famiglia e Comunità di queste aree dell'entroterra nelle quali è stato avviato il progetto IFeC.

- Criteri di inclusione: uomini e donne di età pari o superiore a 65 anni, in grado di comprendere la lingua italiana, inclusi utenti, familiari o caregiver/badanti.
- Criteri di esclusione: individui con disturbi cognitivi o neurologici rilevanti che potevano interferire con la capacità di comprendere o completare il questionario, e chi non era in grado di comprendere la lingua italiana.

Lo strumento di raccolta dati utilizzato è il Questionario HLS-EU-Q16/6%, uno strumento standardizzato composto da 16 domande, validato in lingua italiana, somministrato in formato cartaceo direttamente agli utenti e ai loro famigliari/caregiver/badanti, per valutare il livello di alfabetizzazione sanitaria.

È stata prevista una numerosità campionaria di 180 questionari somministrati nel periodo di novembre 2023 - giugno 2024.

3.1.1 Descrizione dello strumento

L'HLS-EU-Q16 è una versione abbreviata del questionario HLS-EU-Q47, composto da 16 domande ed è stato sviluppato con l'obiettivo di fornire una valutazione rapida e affidabile delle competenze di Alfabetizzazione Sanitaria delle persone. Esso conserva la validità del contenuto del più esteso HLS-EU-Q47, coprendo efficacemente le principali dimensioni dell'Alfabetizzazione Sanitaria: accesso, comprensione, valutazione e applicazione delle informazioni sanitarie. Questo lo rende uno strumento robusto per valutare in modo completo l'HL, anche se con un numero ridotto di item. Infatti, numerosi studi hanno dimostrato che l'HLS-EU-Q16 possiede un'alta coerenza interna, con coefficienti alfa di Cronbach che spesso superano lo 0,7, il che indica che le domande del questionario sono fortemente correlate e misurano in modo coerente il costrutto d'interesse (coerenza interna). Lo studio di Lorini e colleghi sulla validazione dell'HLS-EU-Q16 in lingua italiana dichiara un coefficiente alfa di Cronbach di quasi 0.8 (precisamente 0.799). Questo è cruciale per assicurarsi che lo strumento fornisca misurazioni affidabili e ripetibili in diverse popolazioni e

contesti.

Una delle sue principali attrattive è sicuramente la sua brevità. Con solo 16 domande, può essere somministrato rapidamente, riducendo il tempo necessario per la raccolta dei dati rispetto ad altri strumenti più lunghi, come l'HLS-EU-Q47. Questo lo rende molto più pratico e particolarmente utile in contesti clinici e di ricerca dove il tempo e le risorse sono limitati. La brevità del questionario riduce inoltre il carico sui partecipanti e minimizza l'affaticamento, un fenomeno che può influenzare negativamente la qualità delle risposte, migliorandone così la qualità e riducendo i tassi di abbandono. Si è mostrata una bassa percentuale di risposte "non so/rifiuta", aspetto che dà evidenza dell'accettazione e della comprensione degli item da parte delle persone.

L'HLS-EU-Q16 è stato validato in numerosi paesi europei, dimostrandosi efficace in contesti multiculturali. Questo lo rende uno strumento versatile per misurare l'Alfabetizzazione Sanitaria in diverse popolazioni, garantendo che i risultati siano comparabili tra diverse nazioni e gruppi culturali. La semplicità e la chiarezza delle domande lo rendono adatto all'uso con popolazioni vulnerabili, come gli anziani o le persone con bassi livelli di istruzione. Questo è un aspetto fondamentale, poiché l'Alfabetizzazione Sanitaria spesso varia significativamente tra diversi gruppi socioeconomici e demografici.

L'utilizzo di un questionario breve come l'HLS-EU-Q16 riduce i costi associati alla somministrazione e all'analisi dei dati. Questo strumento inoltre richiede meno risorse per la formazione del personale, meno tempo per la compilazione (passando dai circa 20 minuti per l'HLS-EU-Q47 ai circa 3 minuti per l'HLS-EU-Q16), per la raccolta dei dati e meno risorse per l'elaborazione dei risultati, rendendolo una scelta economica vantaggiosa per uno studio, soprattutto se di grandi dimensioni. Grazie alla sua brevità e semplicità, l'HLS-EU-Q16 tende ad avere tassi di completamento più elevati rispetto ai questionari più lunghi.

Inoltre, questo strumento è ampiamente riconosciuto e utilizzato a livello internazionale, il che facilita la comparabilità dei risultati con altri studi e aumenta la credibilità dei risultati di ricerca.

3.1.2 Modalità di raccolta dati

I questionari sono stati distribuiti dalle figure professionali responsabili della presa in carico degli utenti, in particolare dall'IFeC durante le visite domiciliari presso le abitazioni degli utenti over 65 in carico all'assistenza territoriale IFeC che rientravano nei criteri d'inclusione predefiniti. Il questionario è stato distribuito anche ad altri eventuali componenti del nucleo familiare (parente, caregiver, badante o altra figura di riferimento) con i suddetti criteri d'inclusione,

La somministrazione dei questionari è avvenuta in forma anonima per garantire la privacy dei

partecipanti, ed è stata rivolta sia ai pazienti che ai loro famigliari o caregiver. Le Farmacie Comunali di riferimento, fungendo da punto di riferimento per gli utenti partecipanti allo studio, hanno facilitato la raccolta dei questionari, compilati ed inseriti in busta chiusa, al fine di garantire l'anonimato dei rispondenti.

Il questionario si componeva di due parti (vedi Figure 2 e 3): nella prima troviamo la sezione anagrafica che identificava il compilante e raccoglieva informazioni su sesso, età, titolo di studio, stato civile, stato occupazionale, attività lavorativa svolta o in atto, coabitazione, il possesso di dispositivi tecnologici (telefono e/o computer) e dettagli sull'uso di questi ultimi. La seconda parte era composta da 16 quesiti relativi all'alfabetizzazione sanitaria. La consegna è avvenuta nel mese di settembre 2024, consentendo la raccolta e l'elaborazione dei dati da fine mese, come previsto. Successivamente, i dati sono stati analizzati ed elaborati personalmente tramite un software di gestione dati (Microsoft Excel).

Questo questionario viene compilato da:	
<input type="radio"/> Utente <input type="radio"/> Parente/Coniuge <input type="radio"/> Badante /Caregiver <input type="radio"/> Altro: _____	
Sesso:	
<input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina	Indichi la sua età: ____
Titolo di studio	
<input type="radio"/> Scuole elementari <input type="radio"/> Scuole medie <input type="radio"/> Scuole superiori <input type="radio"/> Laurea <input type="radio"/> Nessuno	Stato civile
	<input type="radio"/> Sposato/a <input type="radio"/> Celibe o nubile <input type="radio"/> Divorziato/a <input type="radio"/> Vedovo/a
Stato occupazionale	
<input type="radio"/> Pensionato/a <input type="radio"/> Lavora ancora <input type="radio"/> Casalinga	Che lavoro fa o faceva? _____
Con chi vive?	
<input type="radio"/> Da solo/a <input type="radio"/> Con il coniuge/compagno <input type="radio"/> Con la badante <input type="radio"/> Con i figli	
Ha a disposizione un cellulare o un computer?	
<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	
Se sì, quanto per quali scopi utilizzi il cellulare o computer? <u>Massimo due risposte.</u>	
<input type="radio"/> Uso principalmente per chiamate e messaggi/email <input type="radio"/> Lo utilizzo spesso per navigare su internet e sui social media <input type="radio"/> Lo utilizzo per giochi e intrattenimento <input type="radio"/> Uso il telefono per fare foto e video <input type="radio"/> Lo utilizzo raramente, solo per emergenze <input type="radio"/> Altro: _____	

Fig.2. Anagrafica.

<p style="text-align: center;">Questionario HLS-EU-Q16/6 (%) Le chiediamo di esprimere la Sua opinione per ogni domanda facendo una crocetta sulla risposta che rispecchia la sua opinione.</p>	
<p>1) Secondo Lei, quanto è difficile trovare le informazioni sui trattamenti delle malattie che La riguardano?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>9) Secondo Lei, quanto è difficile capire le avvertenze per la salute che riguardano comportamenti come fumare, fare poca attività fisica e bere troppo alcool?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>2) Secondo Lei, quanto è difficile identificare dove trovare personale sanitario quando è malato/a?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>10) Secondo Lei, quanto è difficile capire perché è necessario sottoporsi agli screening (ad esempio mammografia, PAP test, ricerca di sangue occulto nelle feci, determinazione glicemia, misurazione della pressione sanguigna)?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>3) Secondo Lei, quanto è difficile capire cosa le dice il suo medico?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>11) Secondo Lei, quanto è difficile giudicare se le informazioni sui rischi per la salute riferite dai mezzi di comunicazione siano attendibili?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>4) Secondo Lei, quanto è difficile capire le istruzioni del suo medico o del suo farmacista su come assumere un farmaco che le è stato prescritto?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>12) Secondo Lei, quanto è difficile capire/decidere come può proteggersi da una malattia basandosi sulle informazioni riferite dai mezzi di comunicazione (cioè dalla televisione, dai giornali, da internet)?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>5) Secondo Lei, quanto è difficile capire quando serve chiedere l'opinione da parte di un altro medico?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>13) Secondo Lei, quanto è difficile identificare le attività che fanno bene al benessere mentale?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>6) Secondo Lei, quanto è difficile usare le informazioni che il medico le fornisce per prendere delle decisioni a proposito della Sua malattia?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>14) Secondo Lei, quanto è difficile capire i consigli dei suoi familiari o dei suoi amici riguardo alla salute?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>7) Secondo Lei, quanto è difficile seguire le istruzioni del suo medico o del suo farmacista?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>15) Secondo Lei, quanto è difficile capire le informazioni riferite dai mezzi di comunicazione su come migliorare il suo stato di salute?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>8) Secondo Lei, quanto è difficile trovare informazioni su come gestire problemi di salute mentale, come lo stress o la depressione?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>16) Secondo Lei, quanto è difficile giudicare quali comportamenti quotidiani hanno un impatto sulla Sua salute?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>

Fig.3. Questionario HLS-EU-Q16.

3.1.3 Analisi statistica e protezione dei dati

La ricerca è stata condotta nel rispetto delle norme etiche. La partecipazione alla survey è stata su base volontaria: il questionario, è stato loro presentato fornendo tutte le informazioni riguardanti la finalità dello studio e gli eventuali chiarimenti; sono stati garantiti, nel rispetto delle normative vigenti, anonimato e riservatezza dei dati ai sensi del D.L.196/2003.

La somministrazione del questionario è stata autorizzata dalla Direzione Generale dell'AST Pesaro Urbino. La restituzione del questionario compilato è stata considerata come consenso-accettazione alla partecipazione allo studio.

I dati sono stati elaborati e restituiti utilizzando una statistica di tipo descrittivo (frequenza, percentuali, media, deviazione standard).

3.2 fase B: Dati clinici osservazionali

Oltre alla somministrazione del questionario HLS-EU-Q16/6(%), nello stesso periodo sono state esaminate una serie di variabili cliniche sugli stessi utenti over 65 in carico agli IFeC dell'entroterra pesarese (campionamento di convenienza), allo scopo di valutare l'efficacia dell'intervento dell'IFeC sulla popolazione oggetto di studio.

È stato condotto uno **studio descrittivo retrospettivo** esaminando la documentazione sanitaria e il database degli utenti in carico agli IFeC dal 01/02/2023 al 30/06/2024. I dati clinici raccolti mediante osservazioni dirette e riportati nella documentazione in uso all'IFeC sono stati successivamente organizzati in un file Excel, con la collaborazione e la guida del dott. Francesco Piergiovanni, IFeC del territorio di Piandimeleto. L'analisi dei dati ha consentito di confrontare le condizioni cliniche degli utenti in due momenti distinti, alla presa in carico e al momento dell'ultima rilevazione disponibile dell'indice/parametro, così da evidenziare eventuali miglioramenti o peggioramenti nelle condizioni di salute degli utenti, in relazione all'assistenza fornita dall'IFeC.

I dati raccolti ed elaborati riguardano le seguenti variabili:

1. Rilevazione del contesto assistenziale: setting domiciliare o ambulatoriale.
2. Ricoveri programmati: numero di ricoveri previsti durante la presa in carico dell'utente, facilitati e non dall'intervento IFeC.
3. Dati demografici: sesso ed età degli utenti, data di inizio e di fine riguardo alla presa in carico utente.
4. Patologie: malattie e condizioni croniche degli utenti.
5. Aderenza terapeutica: misurata con la Scala di Morisky, per valutare la compliance dei pazienti alle terapie prescritte.
6. Valutazione funzionale: valutazione delle attività quotidiane attraverso le scale strumentali A.D.L (*Index of Independence in Activities of Daily Living*) e I.A.D.L (*Instrumental Activities of Daily Living Scale*), per misurare il grado di autonomia degli utenti.
7. Parametri biometrici:
 - PA sistolica: monitoraggio della pressione arteriosa normale.
 - BMI (Indice di Massa Corporea): monitoraggio del rapporto tra peso e altezza.
 - Glicemia a digiuno e HbA1c: controllo per gli utenti diabetici.
8. Valutazione del dolore: attraverso la Scala NRS (*Numeric Pain Rating Scale*) e la Scala PAINAD (*Pain Assessment In Advanced Dementia*).
9. Lesioni da pressione e vascolari: valutate secondo la scala EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*), per le lesioni da pressione, e la scala CEAP (Clinica, Eziologia, Anatomia, Patogenesi) per le lesioni vascolari.
10. Contatti con MMG/Specialisti e caregiver: monitoraggio delle modifiche terapeutiche apportate e del miglioramento della sintomatologia.
11. Colesterolemia totale.
12. Visite e consulenze facilitate del CUP e degli accessi domiciliari o ambulatoriali: monitoraggio degli accessi ai servizi sanitari facilitati per gli utenti o i caregiver.

3.2.1 Analisi statistica e protezione dei dati

I dati clinici degli utenti sono stati estratti e organizzati utilizzando il software “Microsoft Excel”, che ha permesso di creare tabelle strutturate contenenti informazioni rilevanti per l'analisi. Le variabili cliniche sono state suddivise in base a parametri standard (come età, patologie, scale di valutazione funzionale come ADL/IADL, e parametri biometrici come BMI, pressione arteriosa, range glicemico e Hb1Ac).

I dati sono stati elaborati e restituiti utilizzando una statistica di tipo descrittivo (frequenza, percentuali, media, deviazione standard) e inferenziale (*Test for one proportion*, valore soglia di significatività <0.05) nel rispetto delle norme sulla protezione dei dati.

4. RISULTATI

4.1 Risultati della survey

Sono stati distribuiti 180 questionari HLS-EU-Q16 agli utenti coinvolti nello studio sull'alfabetizzazione sanitaria e ai loro familiari/caregiver, dei quali 134 sono stati correttamente compilati, raggiungendo un tasso di risposta del 74,4%. Di questi, il 63,4% è stato compilato direttamente dagli utenti, il 33,6% da parenti o coniugi, mentre solo il 3% è stato compilato da badanti o caregiver (Fig.4). In termini di genere, il 56,7% dei compilanti erano donne, mentre il 43,3% uomini (Fig.5). Ne deduciamo un'ampia partecipazione diretta degli utenti, con un sostegno importante da parte dei familiari. Il basso coinvolgimento dei caregiver potrebbe riflettere una prevalenza dell'assistenza familiare rispetto a quella fornita da assistenti esterni.

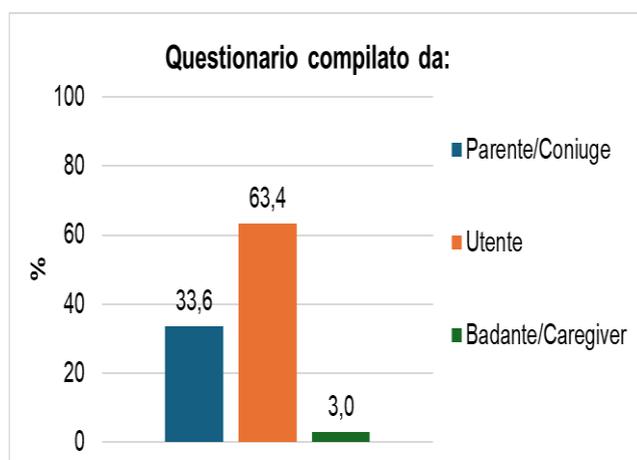


Fig.4. Sezione anagrafica del questionario.

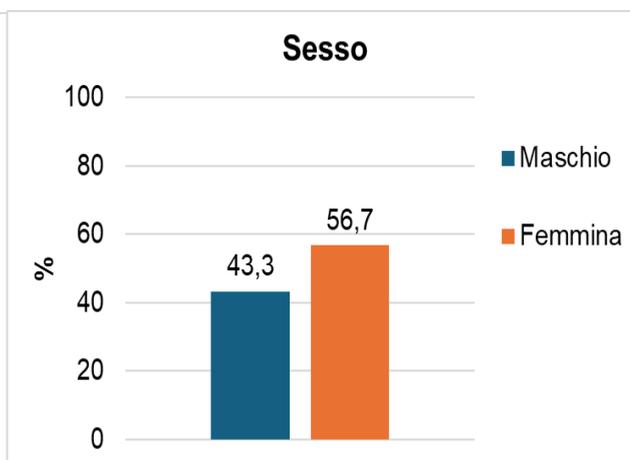


Fig.5. Sezione anagrafica del questionario.

L'età media (Fig.6) dei compilanti è di 81,3 anni, conferma che la maggior parte dei partecipanti appartiene a una fascia di età piuttosto avanzata, come indicato anche dalla

deviazione standard (\pm DS 10,8), che evidenzia una certa variabilità all'interno del campione.

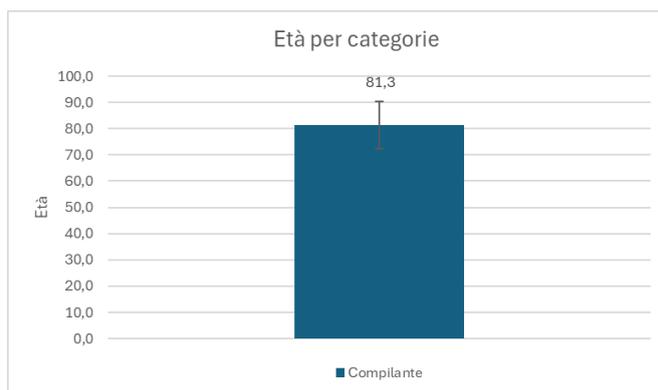


Fig.6. Sezione anagrafica del questionario.

L'analisi dello stato civile (Fig.7) del campione mostra che il 48,5% dei partecipanti è sposato, mentre il 33,6% è vedovo. Di conseguenza, la maggioranza convive con il coniuge o il compagno, con una percentuale del 47,8%, mentre il 30,6% vive da solo (Fig.8).

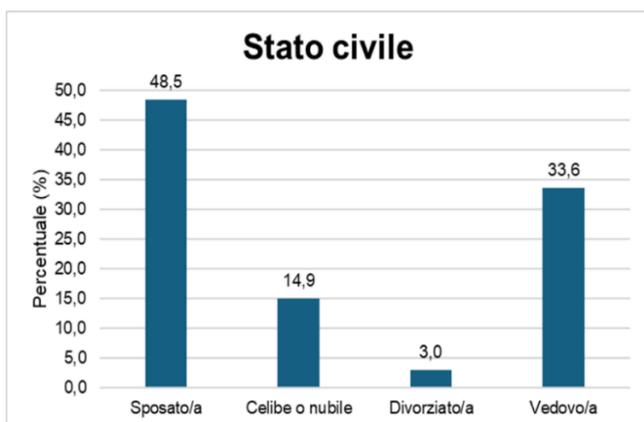


Fig.7. Sezione anagrafica del questionario.

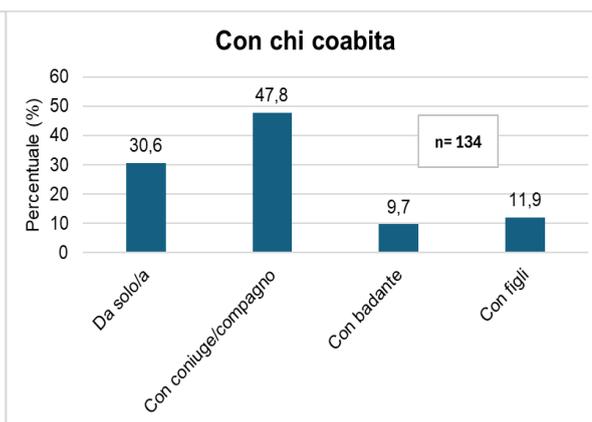


Fig.8. Sezione anagrafica del questionario.

Il titolo di studio (Fig.9) evidenzia che il 55,3% del campione ha completato solo la scuola elementare, mentre il 28,0% ha raggiunto la scuola media. Il restante gruppo è composto da coloro che possiedono un diploma di scuola superiore o una laurea, e l'1,5% del campione non ha alcun titolo di studio. Per quanto riguarda lo stato occupazionale (Fig.10), l'86,6% del campione risulta essere in pensione, mentre il 13,4% è ancora attivo professionalmente.

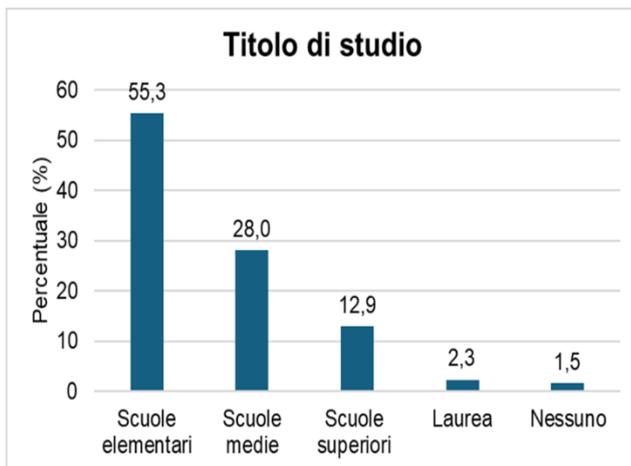


Fig.9. Sezione anagrafica del questionario.

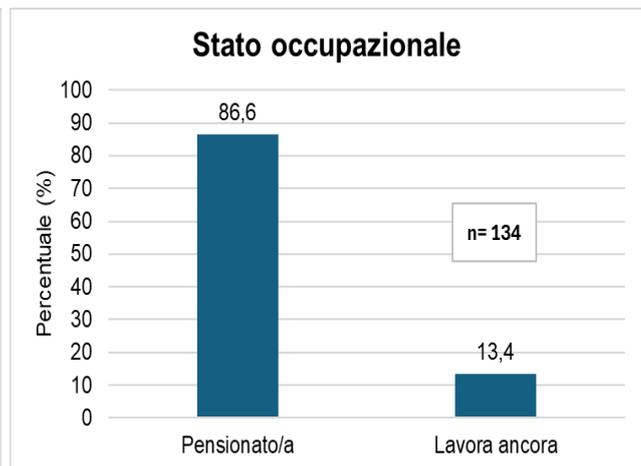


Fig.10. Sezione anagrafica del questionario.

È stata inoltre condotta un'analisi sulle attività lavorative svolte, come illustrato nella Fig.11.

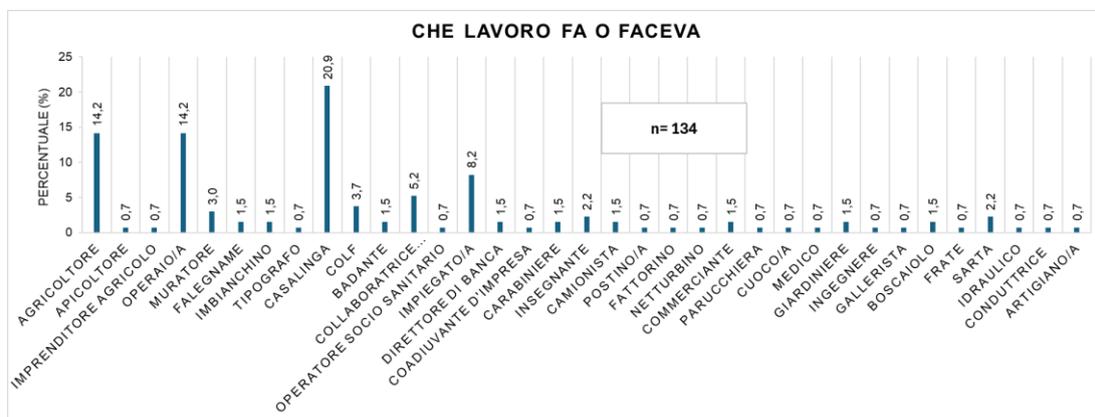


Fig.11. Sezione anagrafica del questionario.

È stata valutata anche la disponibilità di dispositivi tecnologici come cellulari o computer (Fig.12): l'82,8% del campione ha accesso a tali strumenti, mentre il 17,2% ne è privo. Tra coloro che li possiedono, la maggior parte (62,1%) li utilizza principalmente per chiamate e messaggi, mentre il 21,1% li impiega per navigare sui social media o su internet.

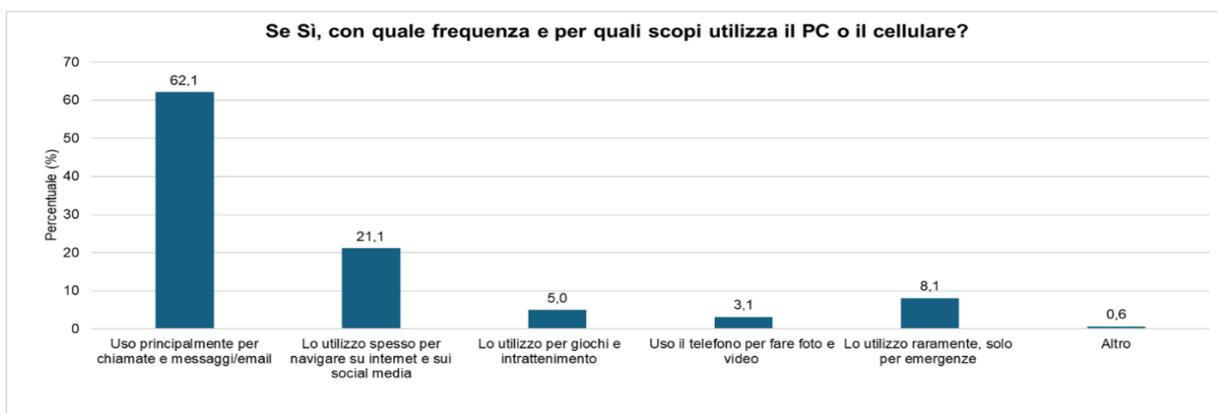


Fig.12. Sezione anagrafica del questionario.

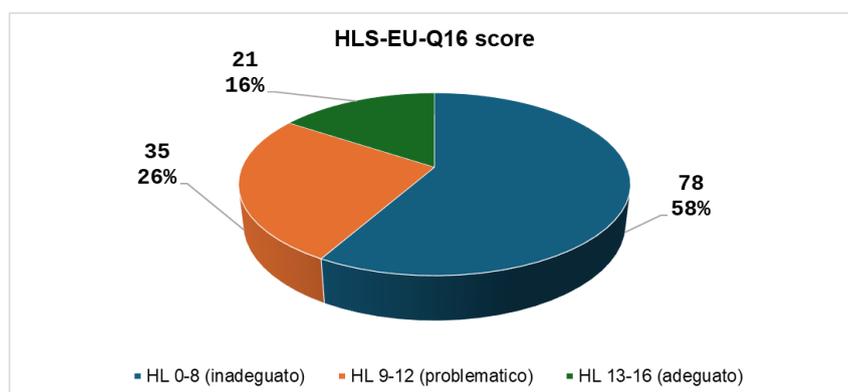


Fig.13. Livelli di HL dei rispondenti.

Nella seconda parte del questionario, relativa ai 16 quesiti, è emerso che, in risposta alla prima domanda sull'accesso e la comprensione delle informazioni riguardanti la malattia (Fig.13), il 39,6% dei partecipanti ha trovato "abbastanza facile" ottenere tali informazioni. Tuttavia, il 33,6% ha indicato che è "abbastanza difficile", mentre il 16,4% ha ritenuto l'accesso "molto difficile". Nella seconda domanda riferita all'identificazione del personale sanitario (Fig.14), il 40,3% ha dichiarato che è "abbastanza facile", ma il 35,1% ha trovato la questione "abbastanza difficile", con un ulteriore 19,4% che l'ha trovata "molto difficile".

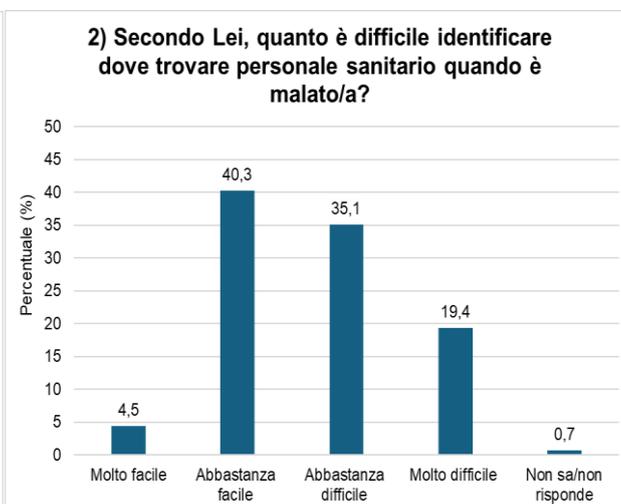
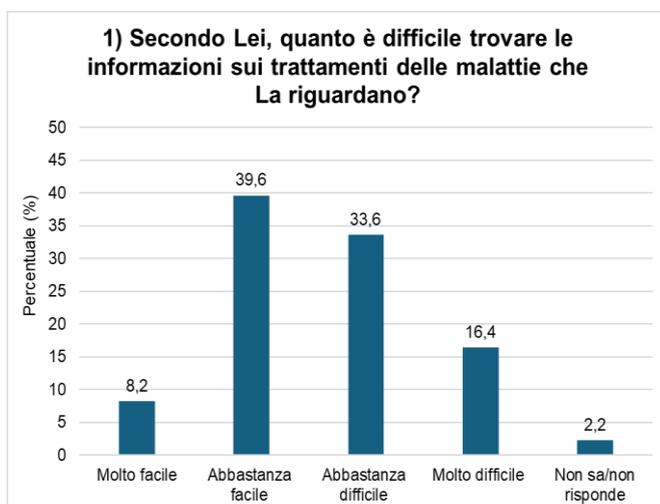


Fig.13. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Fig.14. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Seguendo i dati della terza domanda (Fig.15), i risultati mostrano che la maggioranza dei partecipanti, il 56,7%, ritiene "Abbastanza facile" comprendere le indicazioni del medico. Un altro 25,4% trova questo compito "Abbastanza difficile", mentre il 9,7% ha dichiarato che è "Molto facile" comprendere quanto comunicato. Solo una piccola parte della popolazione intervistata ha trovato "Molto difficile" capire le istruzioni (4,5%) e il 3,7% non ha saputo o voluto rispondere.

Per quanto riguarda la quarta domanda (Fig.16) del questionario, la maggioranza, il 61,2%, ritiene che sia "Abbastanza facile" capire le istruzioni, mentre il 14,2% ha risposto "Molto facile". Tuttavia, il 20,1% ha indicato che è "Abbastanza difficile" e solo una piccola percentuale (2,2%) ha trovato "Molto difficile" comprendere le indicazioni.

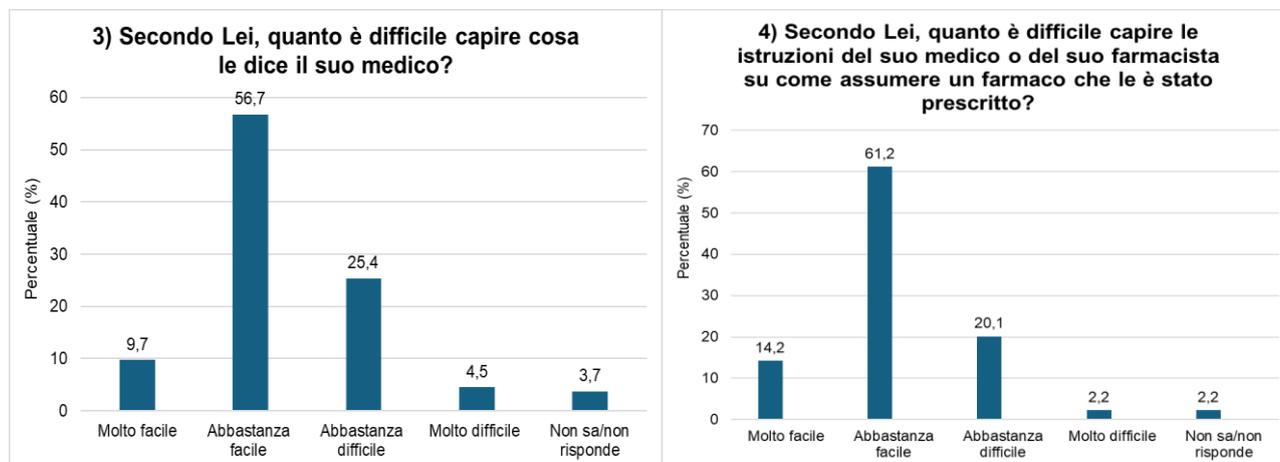


Fig. 15. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Fig. 16. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

I risultati relativi alla quinta domanda (Fig.17) del questionario, che indaga sulla difficoltà nel prendere la decisione di richiedere un secondo parere medico, mostrano che il 38,8% dei partecipanti ha trovato "Abbastanza difficile" prendere tale decisione. Un 30,6% ha indicato che è "Abbastanza facile", mentre una percentuale minore, pari al 20,1%, ha trovato "Molto difficile". Solo il 5,2% ha risposto che è "Molto facile", e un altro 5,2% non ha saputo o non ha voluto rispondere.

I risultati della sesta domanda (Fig.18) del questionario, mostrano che il 43,3% dei partecipanti ritiene "Abbastanza facile" prendere decisioni basate sulle informazioni del medico. Tuttavia, il 35,8% ha risposto che è "Abbastanza difficile". Il 13,4% dei partecipanti ha trovato questa operazione "Molto difficile", mentre solo una piccola parte (6,0%) ha indicato "Molto facile". Infine, solo l'1,5% dei partecipanti non ha saputo o voluto rispondere.

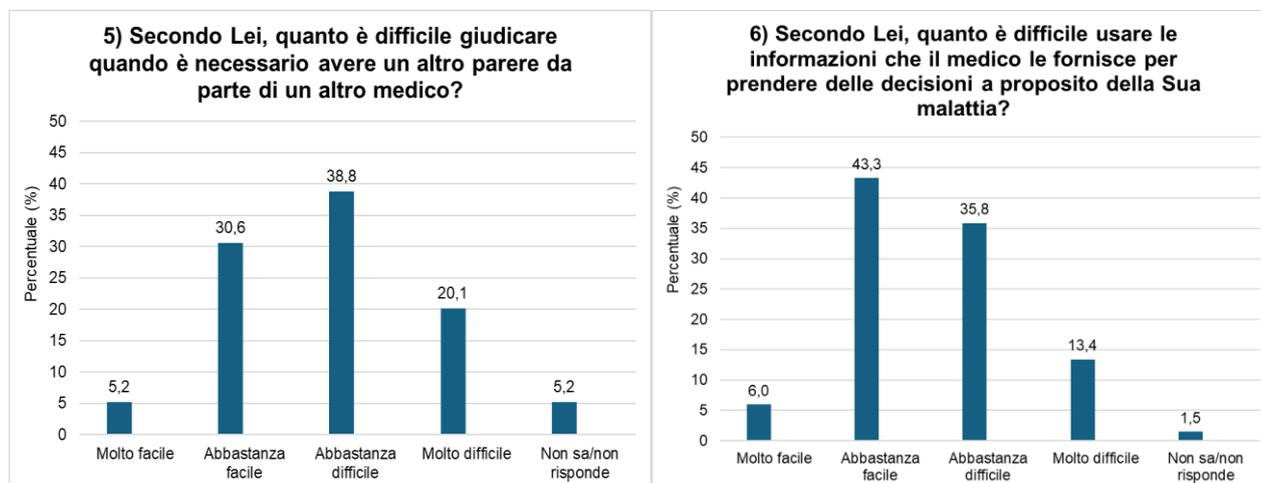


Fig. 17. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Fig. 18. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Nella settima domanda (Fig.19), che indaga la difficoltà nel seguire le istruzioni del proprio medico o del farmacista, la maggior parte dei partecipanti (61,2%) ritiene che sia "abbastanza facile" seguire tali indicazioni. Un altro 24,6% ha risposto che è "abbastanza difficile", mentre il 5,2% ha dichiarato che è "molto difficile". Solo l'8,2% dei partecipanti ha trovato "molto facile" seguire le indicazioni mediche o farmacologiche, e una minima percentuale (0,7%) non ha saputo o voluto rispondere.

I risultati dell'ottava domanda (Fig.20), che chiede quanto sia difficile trovare informazioni su come gestire problemi di salute mentale come lo stress o la depressione, indicano che il 41,0% dei partecipanti ritiene che sia "abbastanza difficile" ottenere tali informazioni. Un ulteriore 26,1% ha trovato "molto difficile" accedere alle informazioni necessarie. Solo il 14,2% ha risposto che è "abbastanza facile", e una minima parte (3,0%) ha indicato che è "molto facile". Infine, il 15,7% dei partecipanti non ha saputo o voluto rispondere.

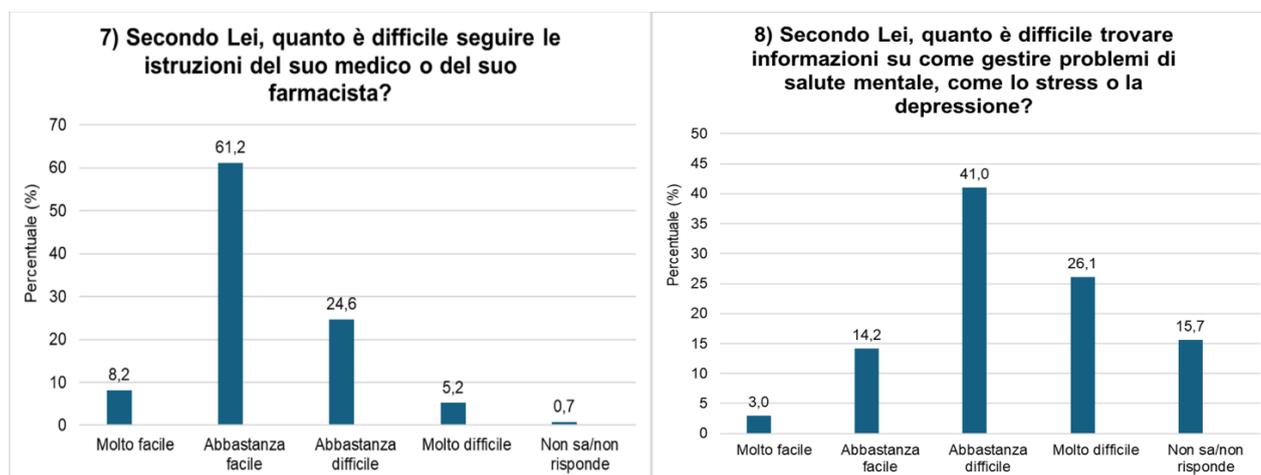


Fig. 19. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%). Fig. 20. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Proseguendo con l'analisi, i risultati della nona domanda (Fig.21), che indaga la difficoltà nel comprendere le avvertenze riguardanti comportamenti dannosi per la salute, rivelano che il 38,8% dei partecipanti ha indicato che è "abbastanza facile" capire tali avvertenze. Tuttavia, il 23,9% ha trovato questa operazione "abbastanza difficile", mentre il 13,4% ha risposto sia "molto difficile" che "non sa/non risponde". Solo il 10,4% ha risposto che è "molto facile" comprendere queste avvertenze.

I risultati della decima domanda (Fig.22), che indaga la difficoltà nel capire perché sia necessario sottoporsi a screening preventivi, mostrano che il 35,8% dei partecipanti ha trovato "abbastanza facile" comprendere l'importanza di tali esami. Un ulteriore 26,1% ha risposto che è "abbastanza difficile", mentre il 19,4% ha selezionato "non sa/non risponde". Infine, il 7,5% ha indicato che è "molto difficile" capire la necessità degli screening, mentre l'11,2% ha risposto che è "molto facile".

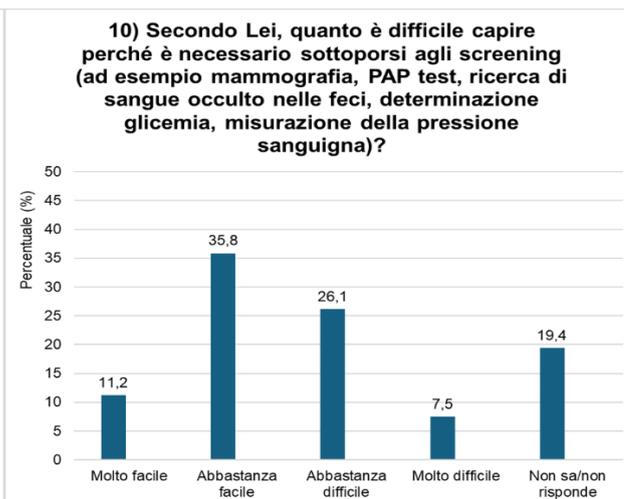
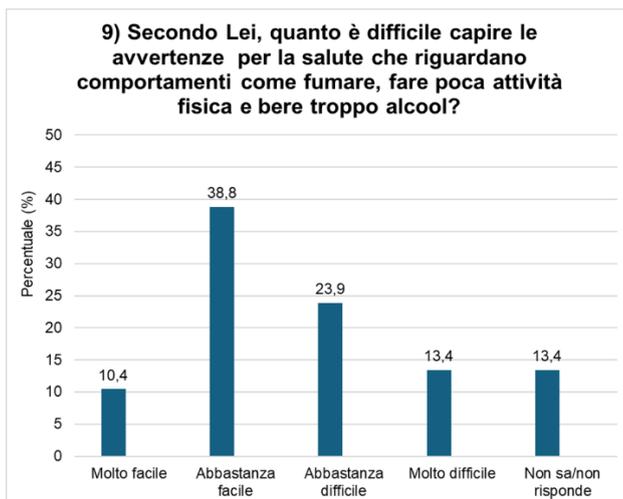


Fig.21. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%). Fig.22. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

L'undicesima domanda (Fig.23) del questionario mostra come il 38,8% dei partecipanti trova "abbastanza difficile" giudicare l'attendibilità delle informazioni sui rischi per la salute riferite dai mezzi di comunicazione. Un altro 23,1% ha indicato che è "molto difficile" valutarne l'attendibilità. Il 19,4% ha risposto "abbastanza facile", mentre solo il 3,0% "molto facile". Infine, il 15,7% non ha saputo o voluto rispondere. I risultati della domanda dodici (Fig.24) mostrano che il 41,8% dei partecipanti ha trovato "abbastanza difficile" capire o decidere come proteggersi da una malattia basandosi sulle informazioni riferite dai mezzi di comunicazione. Un altro 24,6% ha indicato che è "molto difficile". Il 16,4% ha trovato "abbastanza facile" seguire queste informazioni, mentre solo il 3,0% ha indicato che è "molto facile". Il 14,2% dei partecipanti non ha saputo o voluto rispondere.

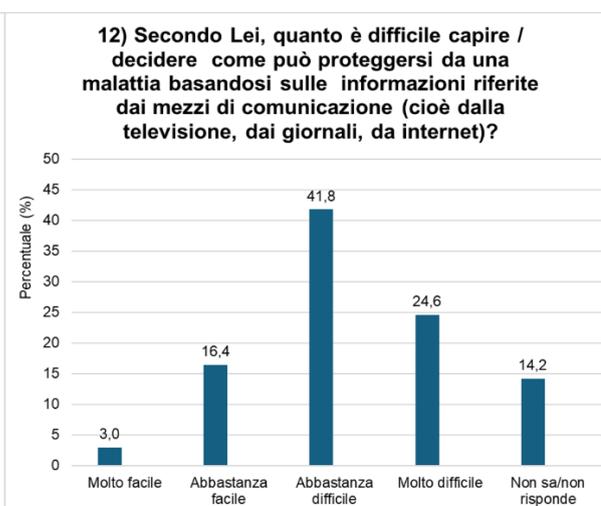


Fig.23. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%). Fig.24. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

I risultati della tredicesima domanda (Fig.25) evidenziano che il 29,9% dei partecipanti ha

trovato "abbastanza difficile" identificare le attività che promuovono il benessere mentale. Un ulteriore 25,4% ha risposto "abbastanza facile", mentre il 20,9% ha indicato sia "molto difficile" che "non sa/non risponde". Solo il 3,0% ha dichiarato di trovare "molto facile" identificare tali attività.

In merito alla quattordicesima domanda (Fig.26), i risultati mostrano che la maggior parte dei partecipanti, il 67,9%, ha ritenuto "abbastanza facile" comprendere i consigli sulla salute forniti da familiari o amici. Il 20,1% ha risposto "abbastanza difficile", mentre il 6,0% ha indicato che è stato "molto facile". Una quota minore ha trovato "molto difficile" (4,5%) e solo l'1,5% non ha saputo o voluto rispondere.

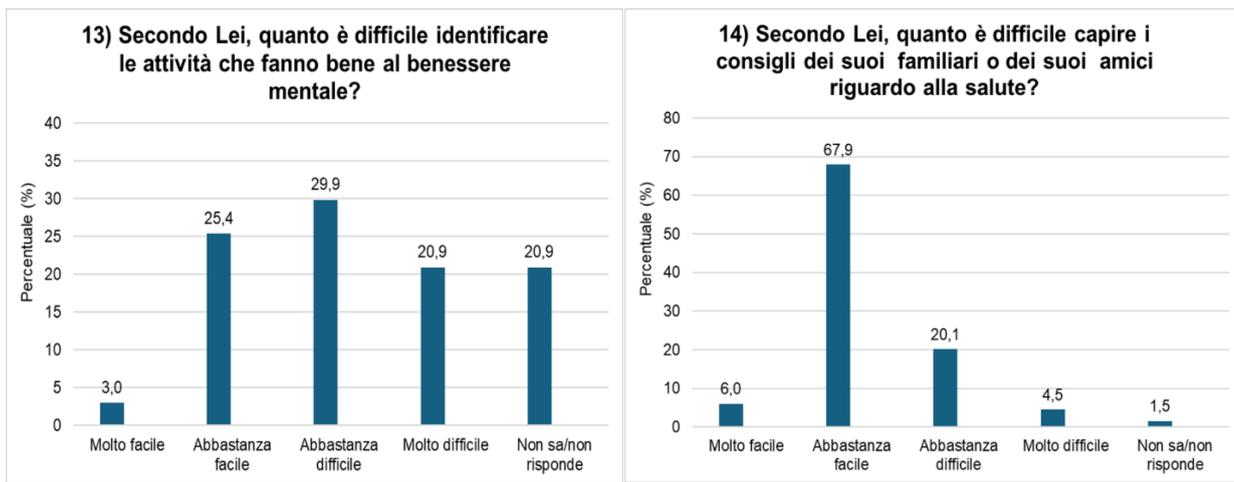


Fig.25. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%). Fig.26. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Per quanto riguarda la quindicesima domanda (Fig.27), il 44,0% dei partecipanti ha risposto che è "abbastanza difficile" comprendere le informazioni su come migliorare la propria salute, fornite dai mezzi di comunicazione. Il 35,8% ha trovato che è "abbastanza facile", mentre solo il 2,2% ha indicato che è stato "molto facile". Una quota pari all'11,2% ha trovato queste informazioni "molto difficili" da capire, e il 6,7% non ha saputo o voluto rispondere. In riferimento alla sedicesima domanda (Fig.28), il 43,3% dei partecipanti ha ritenuto "abbastanza facile" giudicare quali comportamenti quotidiani influenzino la propria salute. Il 31,3% ha indicato che è "abbastanza difficile", mentre l'11,9% ha trovato che è "molto difficile". Solo l'8,2% ha trovato "molto facile", e il 5,2% non ha saputo o voluto rispondere.

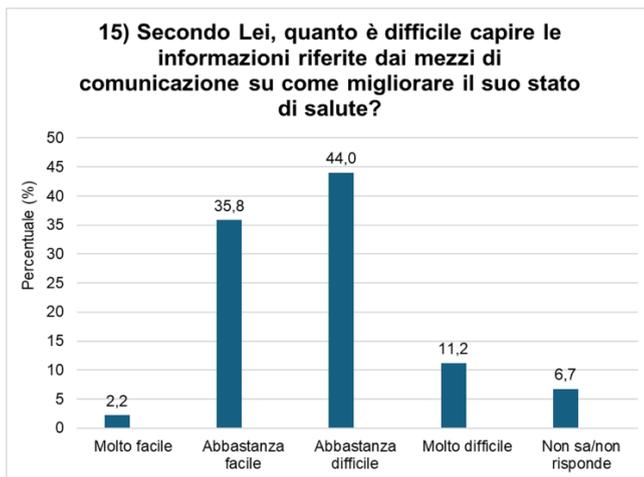


Fig.27. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%). Fig.28. Quesiti questionario HLS-EU-Q16/6(%).

4.2 Esiti della media generale del questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Dall'analisi complessiva delle risposte fornite dai partecipanti alle 16 domande del questionario, è stata calcolata una media generale per ciascuna delle opzioni di risposta ("Molto Facile", "Abbastanza Facile", "Abbastanza Difficile", "Molto Difficile" e "Non Sa/Non Risponde"). I risultati relativi alla media del campione, calcolata per ciascuna opzione di risposta, sono riportati nella Tabella.2.

HLS-EUQ16: dettaglio per opzioni di risposta		
Opzioni di risposta	MEDIA ± DS	Percentuale (%)
Molto facile	8,9 ± 4,8	6,7
Abbastanza facile	52,8 ± 21,8	40,0
Abbastanza difficile	42,8 ± 10,5	32,4
Molto difficile	17,4 ± 10,5	13,2
Non sa/non risponde	10,2 ± 9,6	7,7

Tab.2. Media dei quesiti del questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Le risposte sono state anche elaborate come previsto da Lorini et al. (2019) per calcolare il punteggio di ogni questionario.

Per generare il punteggio, gli item sono stati dicotomizzati in due categorie con due punteggi diversi, "FACILE" (con risposta "abbastanza" e "molto" facile = 1) e "DIFFICILE" (con risposta "abbastanza" e "molto" difficile = 0). Come nello studio di Lorini et al, la risposta "non so/rifiuto di rispondere" è stata registrata come 0. Sono stati sommati i punteggi ottenuti per ciascun item da tutti i questionari ottenendo la frequenza di risposte positive per ogni item e la distribuzione in percentuale.

N° item HLS-EUQ16	N° questionari con risposta "abbastanza" / "molto" FACILE	Distribuzione % (n.135 questionari)
1	64	47.4

2	60	44.4
3	89	65.9
4	101	74.8
5	48	35.5
6	66	48.9
7	93	68.9
8	23	17
9	66	48.9
10	63	46.7
11	30	22.2
12	26	19.2
13	38	28.1
14	99	73.3
15	51	37.8
16	69	51.1

Tab.3. Punteggi del questionario HLS-EU-Q16/6(%): analisi per item

Lorini et al hanno definito tre diversi livelli di alfabetizzazione sanitaria: HL inadeguata (0-8), problematica (9-12) e adeguata (13-16). In base al calcolo complessivo dei punteggi ottenuti da ogni rispondente, abbiamo calcolato quanti rientravano nei range di punteggio predefiniti e abbiamo assegnato il numero di rispondenti ai rispettivi livelli di alfabetizzazione sanitaria.

HLS-EU-Q16 score		
	n°	%
HL 0-8 (inadeguato)	78	58.2
HL 9-12 (problematico)	35	26.1
HL 13-16 (adeguato)	21	15.7
<i>totale</i>	<i>134</i>	<i>100</i>

Tab.4. Livelli di HL dei rispondenti.

4.3 Risultati dei dati clinici osservazionali

I dati raccolti nell'ambito del secondo obiettivo di questa tesi, ovvero l'analisi dell'efficacia dell'assistenza IFeC, mostrano risultati significativi. Il campione totale analizzato comprende 173 utenti, con una netta prevalenza di donne (n.101, 60,1%) rispetto agli uomini (n.69, 39,9%), età Media 82.9 anni (\pm DS 13.3).

Per quanto riguarda la durata della presa in carico, risulta una media di 290 giorni (\pm DS157.3) La maggior parte degli utenti (n.137, 79.2%) è stata inizialmente presa in carico a livello

domiciliare, mentre 36 utenti (20.8%) sono stati seguiti in ambulatorio, confermando l'importanza di questo setting nell'assistenza sanitaria. Per quanto riguarda il setting attuale, 100 utenti (57.8%) continuano a ricevere assistenza domiciliare, mentre 32 (18.5%) utenti sono in gestione ambulatoriale. Nove utenti (5.2%) risultano attualmente sospesi dall'assistenza, il che suggerisce che l'intervento potrebbe essere stato interrotto temporaneamente per motivi vari. Inoltre, 26 utenti (15%) sono deceduti a domicilio, mentre 6 utenti (3.4%) sono deceduti durante un ricovero acuto o programmato (Fig.29). La Figura 29 illustra graficamente il setting di cura e la Figura 30 il tipo di patologia degli utenti presi in carico.

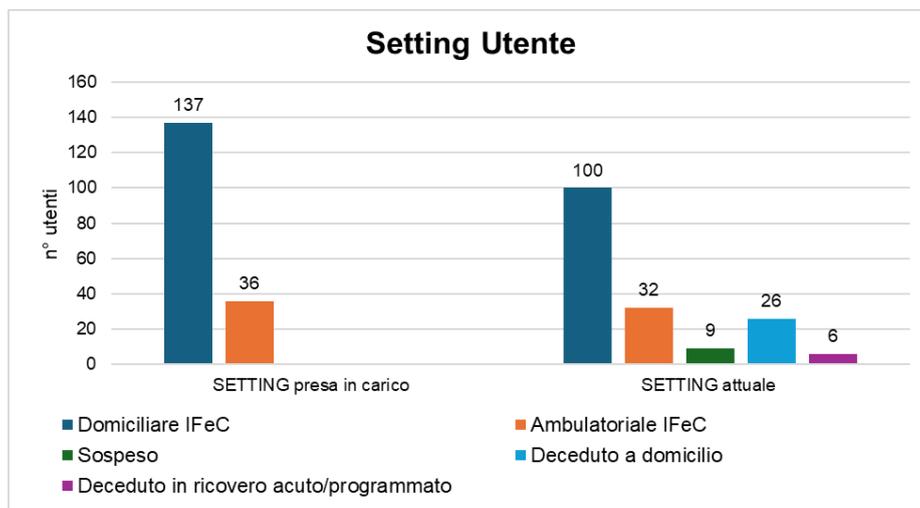


Fig.29. dati clinici osservazionali.

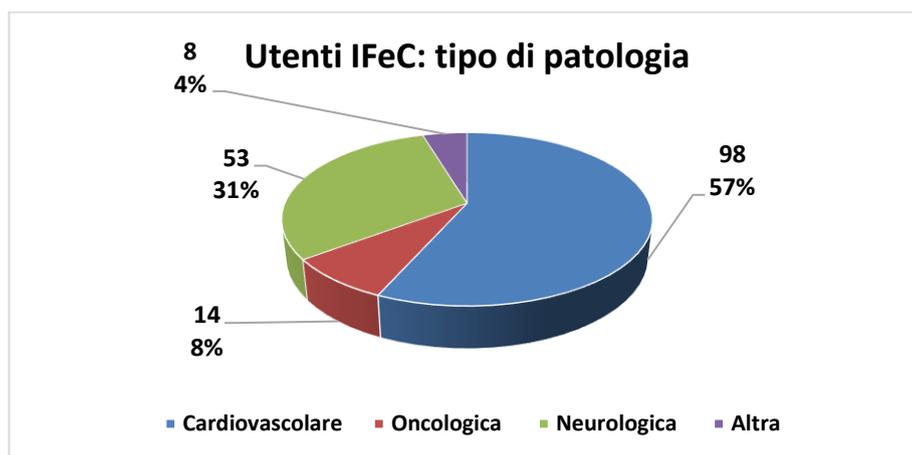


Fig.30. dati clinici osservazionali.

Sono stati valutati alcuni parametri clinici in due momenti distinti: presa in carico iniziale da parte dell'IFeC e ultima rilevazione del parametro/indice disponibile, per monitorare eventuali miglioramenti o peggioramenti nelle condizioni degli utenti. I risultati riferiti alle variabili esaminate sono riportati nelle tabelle a seguire.

Le variabili più rilevanti per la nostra analisi, ovvero l'aderenza terapeutica, i valori pressori, il BMI,

il dolore, la colesterolemia, il range glicemico sono evidenziate e riportano anche il valore del test statistico eseguito (*Test for one proportion*, valore soglia di significatività <0.05). Per i calcoli statistici è stato utilizzato il calcolatore online *MedCalc*. (28).

CFS	PRESA IN CARICO	DATO ATTUALE
fra 1 e 3 = No frail	23 (13.3%)	43 (24.8%)
4 = Pre-frail	25 (14.4%)	24 (13.9%)
da 5 a 9 = Frail	125 (72.3%)	106 (61.3%)

Tab.5. Parametri clinici.

Aderenza terapeutica (Scala Morinsky)	PRESA IN CARICO	DATO ATTUALE	
<6 Poco aderente	33 (19.1%)	5 (2.9%)	<i>P</i> < 0.0001
6-8 Mediamente aderente	118 (68.2%)	26 (15%)	
>8 Molto aderente	22 (12.7%)	142 (82.1%)	

Tab.6. Parametri clinici.

PA Sistolica	PRESA IN CARICO	DATO ATTUALE	
Normoteso 120/130 mmHg	47 (27.2%)	148 (85.6%)	<i>P</i> < 0.0001
Iperoteso >140 mmHg	120 (69.4%)	6 (3.4%)	
Ipoteso <100 mmHg	6 (3.4%)	19 (11%)	

Tab.7. Parametri clinici.

BMI indice di massa corporea rapporto peso kg/altezza in m ²	PRESA IN CARICO	DATO ATTUALE	
Normale 18.5-25	82 (47.4%)	94 (54.3%)	<i>P</i> = 0.0691
Sottopeso <18.5	17 (9.8%)	26 (15.1%)	<i>P</i> = 0.0190
Sovrappeso 26-30	61 (35.3%)	44 (25.4%)	<i>P</i> = 0.0064
Obesità >30	13 (7.5%)	9 (5.2%)	<i>P</i> = 0.2507

Tab.8. Parametri clinici.

DOLORE	PRESA IN CARICO	DATO ATTUALE	
No dolore 0	11 (6.4%)	65 (37.6%)	<i>P</i> = 0.0433
Lieve 1-3	57 (32.9%)	76 (43.9%)	<i>P</i> = 0.0021
Moderato 4-6	91 (52.6)	31 (17.9%)	<i>P</i> = 0.0008
Grave 7-10	14 (8.1%)	1 (0.6%)	<i>P</i> = 0.0003

Tab.9. Parametri clinici.

COLESTEROLEMIA TOTALE	PRESA IN CARICO	DATO ATTUALE	
Normale <200 mg/dl	92 (53.2%)	146 (84.4%)	<i>P</i> < 0.0001
Borderline 200-240 mg/dl	66 (38.1%)	24 (13.9%)	<i>P</i> = 0.0011
Alto >240 mg/dl	15 (8.7%)	3 (1.7%)	

Tab.10. Parametri clinici.

Range glicemico nel diabetico a digiuno (n.37 utenti)	PRESA IN CARICO	DATO ATTUALE	
Normale 120-180 mg/dl	19 (52.8%)	30 (83.3%)	P = 0.0002
Iperglicemia <180 mg/dl	17 (47.2%)	4 (11.1%)	P < 0.0001
Ipoglicemia < 100 mg/dl		2 (5.6%)	/

Tab.11. Parametri clinici.

Hb1Ac persone diabetiche (n.37 utenti)	PRESA IN CARICO	DATO ATTUALE	
Normali: < o =7%	6 (16.7%)	20 (55.6%)	P < 0.0001
Scompensato:> 7%	30 (83.3%)	16 (44.4%)	P < 0.0001

Tab.12. Parametri clinici.

5. DISCUSSIONE

I risultati mostrati nella Tabella 4 indicano che una parte significativa dei compilanti presenta un livello di alfabetizzazione sanitaria inadeguato, con il 58,2% dei partecipanti che ha ottenuto un punteggio tra 0 e 8, corrispondente alla categoria "inadeguato". Il 26,1% dei rispondenti rientra nel livello "problematico", con punteggi tra 9 e 12, mentre solo il 15,7% ha dimostrato un livello di alfabetizzazione sanitaria adeguato, con punteggi tra 13 e 16.

Questi dati evidenziano una prevalenza di difficoltà nella comprensione e gestione delle informazioni sanitarie, suggerendo la necessità di interventi mirati per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione. La maggior parte dei rispondenti si trova infatti in una condizione che potrebbe limitarne la capacità di prendere decisioni informate riguardo alla propria salute, con un impatto negativo sui risultati assistenziali.

Facendo riferimento alle Tabelle dei parametri clinici (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), si osserva un miglioramento statisticamente significativo, attribuibile all'assistenza IFeC, che ha contribuito a migliorare alcuni aspetti fondamentali dei parametri analizzati. Ad esempio, nella Tabella 6 riguardante l'aderenza terapeutica, notiamo un notevole incremento nella fascia dei pazienti "molto aderenti", passata dal 12,7% (22 utenti) al 82,1% (142 utenti), mentre la fascia dei "mediamente aderenti" è diminuita dal 68,2% (118 utenti) al 15% (26 utenti). Questo *trend* indica una maggiore capacità di cura di sé da parte degli utenti nel corso dell'assistenza. Inoltre, nella Tabella 7, i pazienti ipertesi sono significativamente diminuiti, passando dal 69,4% (120 utenti) al 3,4% (6 utenti), mentre la percentuale di normotesi è aumentata dal 27,2% (47 utenti) all'85,6% (148 utenti). Questo cambiamento suggerisce un miglior controllo dell'ipertensione e una maggiore attenzione alla gestione della propria salute da parte degli utenti e dei loro familiari/caregiver. Anche il BMI (Tab.8)

ha mostrato un miglioramento, sebbene non in modo marcato rispetto alla presa in carico iniziale. Invece, i dati relativi al dolore (Tab.9), un parametro vitale fondamentale, hanno registrato un significativo miglioramento, è aumentata dal 6,4% (11 assistiti) al 37,6% (65 assistiti), mentre il dolore moderato è sceso dal 52,6% (91 assistiti) al 17,9% (31 assistiti) nel dato attuale. Questo evidenzia una maggiore attenzione nella gestione del dolore e un intervento costante che ha contribuito a migliorare notevolmente questo aspetto. La Tabella 10, che riguarda il parametro del colesterolo, evidenzia dati particolarmente significativi, in particolare per quanto riguarda la diminuzione della fascia borderline, che è passata da 66 (38,1%) a 24 (13,9%). Parallelamente, si osserva un notevole aumento della percentuale di pazienti con livelli normali di colesterolo, che è salita dal 53,2% a 146 (84,4%).

Il range glicemico (Tab.11) ha mostrato un netto miglioramento, con i casi di iperglicemia ridotti drasticamente, passando da 17 (47,2%) a 4 (11,1%), e un aumento dei normoglicemici, da 19 (52,8%) a 30 (83,3%). Parallelamente, i valori di Hb1Ac (Tab.12) nei pazienti diabetici hanno registrato un miglioramento significativo, con una riduzione dei casi scompensati, che sono passati da 30 (83,3%) a 16 (44,4%), mentre i pazienti con valori "normali" sono aumentati da 6 (16,7%) a 20 (55,6%).

5.1 Limiti dello studio

Sono stati individuati due potenziali limiti nello studio. Il primo riguarda il campione di età: poiché il criterio di inclusione era fissato per partecipanti di età pari o superiore ai 65 anni, la media di età effettiva dei partecipanti è risultata essere di 81,3 anni ($\pm 10,8$). Questo fattore implica che un campione con un intervallo di età ancora più elevato avrebbe potuto mettere in luce in modo più evidente le difficoltà legate all'alfabetizzazione sanitaria, considerando che le persone anziane tendono ad avere maggiori problemi nel comprendere le informazioni sanitarie. Ampliando il range di età, sarebbe stato possibile ottenere una valutazione più precisa delle sfide nell'alfabetizzazione sanitaria tra le fasce di popolazione più anziane. Il secondo limite è rappresentato dalla variazione nei tempi di presa in carico. Non tutti i partecipanti sono stati seguiti per lo stesso periodo di tempo, il che ha portato a differenze nei tempi in cui si sono verificati i cambiamenti clinici analizzati. Sebbene i dati ottenuti siano stati statisticamente validi, la mancanza di uniformità temporale potrebbe aver influenzato i risultati. Uno studio in cui tutti i partecipanti fossero stati seguiti per un periodo di tempo uniforme avrebbe garantito una maggiore coerenza nell'osservazione e una comparabilità più precisa dei risultati ottenuti.

6. CONCLUSIONI

Nelle conclusioni di questo studio, il miglioramento osservato nei parametri analizzati, riferiti al nostro territorio di riferimento, potrebbe essere attribuito a una gestione della salute più mirata e personalizzata. L'intervento costante e il monitoraggio continuo hanno probabilmente favorito un miglioramento nell'aderenza terapeutica e nel controllo delle condizioni cliniche. Grazie al supporto diretto fornito sia dagli operatori sanitari che dai caregiver, i pazienti hanno potuto riscontrare un miglioramento complessivo del proprio stato di salute.

L'assistenza fornita dall'IFeC ha inoltre contribuito ad accrescere la consapevolezza e le competenze dei pazienti nella gestione autonoma della propria salute. L'educazione sanitaria ricevuta ha rafforzato la capacità degli utenti di seguire correttamente le terapie e di adottare comportamenti salutari, portando a significativi miglioramenti nei parametri clinici rilevati.

Per quanto riguarda l'alfabetizzazione sanitaria, i risultati del questionario, indicano una significativa inadeguatezza delle competenze nel nostro campione di anziani, evidenziando difficoltà rilevanti nella comprensione e gestione delle informazioni sanitarie. Questa carenza si traduce in una ridotta capacità di prendere decisioni informate sulla propria salute, di comprendere le istruzioni mediche e di seguire correttamente le terapie.

Tali dati sottolineano l'importanza di interventi formativi mirati per migliorare le competenze sanitarie degli utenti e facilitare una gestione più consapevole e autonoma della propria salute.

7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Nella pratica, questo progetto potrebbe essere rafforzato con l'introduzione della telemedicina e della televisita, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra i professionisti sanitari che lavorano sul territorio e quelli che operano nei presidi ospedalieri. Un ulteriore sviluppo potrebbe includere l'implementazione di un sistema informatizzato, con una piattaforma dedicata per registrare e condividere gli esiti delle visite domiciliari e ambulatoriali, facilitando così lo scambio di informazioni tra i membri del team sanitario e mantenendo i dati clinici aggiornati degli utenti assistiti. Inoltre, si dovrebbe considerare la presenza di un maggior numero di infermieri di famiglia e comunità (IFeC), specialmente nelle aree interne, dove le necessità legate a fattori demografici e socioeconomici risultano essere più pressanti.

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. *Population Reference Bureau. (2024). World Population Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau.*
2. *Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). (2024). Popolazione residente e dinamica demografica.*
3. *Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*
4. *Consiglio d'Europa. "Guida all'alfabetizzazione sanitaria per contribuire alla costruzione della fiducia e all'accesso equo all'assistenza sanitaria". <https://www.coe.int/it/web/bioethics/guide-to-health-literacy>*
5. *Governo italiano. (n.d.). Costituzione Italiana - Articolo 32. <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=32.,non%20per%20disposizione%20di%20legge>*
6. *Population Reference Bureau. (2024). Highlights from the 2024 World Population. (Consultato il 15 ottobre 2024) <https://www.prb.org/articles/highlights-from-the-2024-world-population-data-sheet/>*
7. *World Health Organization. (2022). Ageing and health. (Consultato il 15 ottobre 2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>*

8. WHO, Noncommunicable diseases. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1
9. Epicentro. Malattie croniche e invecchiamento. Istituto Superiore di Sanità. (Consultato il 15 ottobre 2024). Recuperato da: <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>
10. Ministero della Salute. Piano nazionale della cronicità – Aggiornamento 2024.
11. ISTAT. (2024). Indicatori demografici – anno 2023. Istituto Nazionale di Statistica. Recuperato da: https://www.istat.it/it/files/2024/03/Indicatori_demografici.pdf
12. Epicentro. (2012). Il progressivo invecchiamento della popolazione e la prevenzione delle patologie croniche negli anziani. Istituto Superiore di Sanità. (Consultato il 10 ottobre 2024). Recuperato da: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2>
13. Istat. (2024). Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni 2022 - Focus sulle Marche.
14. Regione Marche. Anziani. (Consultato il 16 ottobre 2024). Recuperato da : [https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Anziani#:~:text=Nella%20Regione%20Marche%20vi%20sono,tasso%20per%20l'Italia\).](https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Anziani#:~:text=Nella%20Regione%20Marche%20vi%20sono,tasso%20per%20l'Italia).)
15. ISTAT. (2024). Popolazione residente - dati per comune al 1° gennaio. (Consultazione 16 ottobre 2024) Recuperato da: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=18562>
16. Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs, 2*(Supplement), 1-10.
17. Organizzazione Mondiale della Sanità. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. Organizzazione Mondiale della Sanità. Recuperato da : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>
18. McQueen, D., Potvin, L., Pelikan, J. M., Balbo, L., & Abel, T. (2007). Salute e modernità. Il ruolo della teoria nella promozione della salute. Springer.
19. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
20. Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). What is Health Literacy? Recuperato da: <https://www.cdc.gov/health->

[literacy/php/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html](https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html)

21. World Health Organization. (n.d.). Health literacy. Recuperato da : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
22. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people.
23. PASSI d'Argento, Istituto Superiore di Sanità. "Fragilità e disabilità tra gli anziani." EpiCentro, 13 febbraio 2020. Recuperato da: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili>.
24. Agenzia per l'Italia Digitale. (2018). DigComp 2.1: Il quadro di riferimento per le competenze digitali dei cittadini - Versione italiana. Recuperato da [:https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/digcomp2-1_ita.pdf](https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/digcomp2-1_ita.pdf)
25. Governo italiano. (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Recuperato da: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
26. FNOPI. (2020). Position statement: L'infermiere di famiglia e di comunità. Recuperato da : <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf>
27. Obbia, P. (2019, novembre 6-9). Invecchiamento di successo 2019 Body and Mind Connection.
28. Calcolatore. Recuperato da: <https://www.medcalc.org>

9. MATERIALE SUPPLEMENTARE: ALLEGATI

Questionario HLS-EU-Q16/ (%) somministrato alle utenze



Indagine sul livello di alfabetizzazione sanitaria nel nostro territorio

Gentile Utente, è nostro impegno perseguire la qualità dei servizi offerti. Per tale motivo è per noi importante conoscere il livello di alfabetizzazione sanitaria nel nostro territorio: questo ci aiuterà a guardare avanti, nell'ottica di migliorare l'assistenza erogata.

L'alfabetizzazione sanitaria, ossia la capacità di informarsi correttamente e capire le informazioni che riguardano la salute, è un elemento molto importante per la tutela della salute individuale, oltre che per l'efficacia del sistema sanitario, che richiede sempre la partecipazione attiva dei cittadini. Possedere un buon livello di alfabetizzazione sanitaria significa avere le competenze per comprendere la cura, riconoscere i propri bisogni di salute e contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientandosi nel sistema sanitario.

Le chiediamo di compilare il presente questionario rispondendo alle domande che trova elencate di seguito.

Il questionario è totalmente ANONIMO ai sensi del regolamento europeo per la protezione dei dati (GDPR 2016/679) e la compilazione richiederà circa 5 minuti di tempo.

Una volta completato, le chiediamo cortesemente di metterlo nella busta chiusa e di lasciarlo presso la Farmacia Comunale di riferimento (Piandimeleto, Lunano, Belforte, Frontino, Peglio, Monte Cerignone, Montegrimano Terme).

Grazie per la collaborazione

UOC Professioni Sanitarie-AST Pesaro Urbino

Fig.31. Allegato Questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Questo questionario viene compilato da: <input type="radio"/> Utente <input type="radio"/> Parente/Coniuge <input type="radio"/> Badante /Caregiver <input type="radio"/> Altro: _____	
Sesso: <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina	Indichi la sua età: ____
Titolo di studio <input type="radio"/> Scuole elementari <input type="radio"/> Scuole medie <input type="radio"/> Scuole superiori <input type="radio"/> Laurea <input type="radio"/> Nessuno	Stato civile <input type="radio"/> Sposato/a <input type="radio"/> Celibe o nubile <input type="radio"/> Divorziato/a <input type="radio"/> Vedovo/a
Stato occupazionale <input type="radio"/> Pensionato/a <input type="radio"/> Lavora ancora <input type="radio"/> Casalinga	Che lavoro fa o faceva? _____
Con chi vive? <input type="radio"/> Da solo/a <input type="radio"/> Con il coniuge/compagno <input type="radio"/> Con la badante <input type="radio"/> Con i figli	
Ha a disposizione un cellulare o un computer? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Se si, quanto per quali scopi utilizzi il cellulare o computer? <u>Massimo due risposte.</u> <input type="radio"/> Uso principalmente per chiamate e messaggi/email <input type="radio"/> Lo utilizzo spesso per navigare su internet e sui social media <input type="radio"/> Lo utilizzo per giochi e intrattenimento <input type="radio"/> Uso il telefono per fare foto e video <input type="radio"/> Lo utilizzo raramente, solo per emergenze <input type="radio"/> Altro: _____	

Fig.32. Allegato Questionario HLS-EU-Q16/6(%).

Questionario HLS-EU-Q16/6 (%)
 Le chiediamo di esprimere la Sua opinione per ogni domanda facendo una crocetta sulla risposta che rispecchia la sua opinione.

<p>1) Secondo Lei, quanto è difficile trovare le informazioni sui trattamenti delle malattie che La riguardano?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>9) Secondo Lei, quanto è difficile capire le avvertenze per la salute che riguardano comportamenti come fumare, fare poca attività fisica e bere troppo alcool?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>2) Secondo Lei, quanto è difficile identificare dove trovare personale sanitario quando è malato/a?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>10) Secondo Lei, quanto è difficile capire perché è necessario sottoporsi agli screening (ad esempio mammografia, PAP test, ricerca di sangue occulto nelle feci, determinazione glicemia, misurazione della pressione sanguigna)?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>3) Secondo Lei, quanto è difficile capire cosa le dice il suo medico?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>11) Secondo Lei, quanto è difficile giudicare se le informazioni sui rischi per la salute riferite dai mezzi di comunicazione siano attendibili?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>4) Secondo Lei, quanto è difficile capire le istruzioni del suo medico o del suo farmacista su come assumere un farmaco che le è stato prescritto?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>12) Secondo Lei, quanto è difficile capire/decidere come può proteggersi da una malattia basandosi sulle informazioni riferite dai mezzi di comunicazione (cioè dalla televisione, dai giornali, da internet)?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>5) Secondo Lei, quanto è difficile capire quando serve chiedere l'opinione da parte di un altro medico?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>13) Secondo Lei, quanto è difficile identificare le attività che fanno bene al benessere mentale?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>6) Secondo Lei, quanto è difficile usare le informazioni che il medico le fornisce per prendere delle decisioni a proposito della Sua malattia?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>14) Secondo Lei, quanto è difficile capire i consigli dei suoi familiari o dei suoi amici riguardo alla salute?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>7) Secondo Lei, quanto è difficile seguire le istruzioni del suo medico o del suo farmacista?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>15) Secondo Lei, quanto è difficile capire le informazioni riferite dai mezzi di comunicazione su come migliorare il suo stato di salute?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>
<p>8) Secondo Lei, quanto è difficile trovare informazioni su come gestire problemi di salute mentale, come lo stress o la depressione?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>	<p>16) Secondo Lei, quanto è difficile giudicare quali comportamenti quotidiani hanno un impatto sulla Sua salute?</p> <p><input type="radio"/> Molto facile <input type="radio"/> Abbastanza facile <input type="radio"/> Abbastanza difficile</p> <p><input type="radio"/> Molto difficile <input type="radio"/> Non sa/non risponde</p>

Fig.33. Allegato Questionario HLS-EU-Q16/6(%).