



# Valutazione della comprensione dell'informazione sanitaria dei pazienti

Infermiere Francesca D'Ercole e Annarosa Bondioli

Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico  
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi  
Via Massarenti, 9  
40138 Bologna, Italia  
Tel. 051 6363413 - 6363457  
Fax. 051 6363025 - 6363500

E-mail: [servinf@orsola-malpighi.med.unibo.it](mailto:servinf@orsola-malpighi.med.unibo.it)

Web: [www.med.unibo.it/reparti\\_servizi/servinfer/homepage.html](http://www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html)

**TITOLO: Valutazione della comprensione dell'informazione sanitaria dei pazienti.**

## PAROLE CHIAVE:

1. "patient comprehension assessment"
2. "patient comprehension assessment" and information
3. "patient comprehension assessment" and nursing
4. "patient comprehension assessment" and verbal\*
5. "patient verbal comprehension assessment" and nursing

## INTRODUZIONE

### La comunicazione come processo sociale<sup>1,2,3,4,5</sup>

La comunicazione nell'ambito della realtà assistenziale è un argomento che sta godendo di rinnovato interesse: per molto tempo è stata considerata un **processo spontaneo** affidato alla sensibilità ed alle capacità del singolo operatore sanitario. Oggi si ritiene di dover associare a tutto ciò le **conoscenze relative alle tecniche di comunicazione**.

Un'efficace comunicazione è fondamentale **per tutti i processi assistenziali e per il loro esito**.

Comunicazione (dal latino *communis* =comune, unito insieme, partecipe) assume il significato di "azione che si articola in comune".

La comunicazione è un'**operazione attiva**, nella quale è impegnata l'intera personalità dei soggetti agenti, con i loro tratti caratteriali, le loro esperienze e le loro strutture culturali.

La comunicazione nell'ambito dell'attività professionale è sicuramente lo **strumento per veicolare messaggi**. **La comunicazione può dirsi correttamente realizzata se il ricevente percepisce l'esatto messaggio che l'emittente intendeva inviare.**

Può anche **non verificarsi in modo perfetto** in quanto **il messaggio arriva cambiato, alterato, distorto**.

### Alterazione del messaggio

È bene conoscere alcune delle **cause o fattori che** in qualche modo **possono distorcere o alterare** il messaggio.

Vi sono dei **fattori di tipo personale** o dei **fattori di tipo ambientale** che possono inserirsi nel processo comunicativo e interromperlo o addirittura dare significati diversi o errati al messaggio.

I **fattori di tipo personale** sono **relativi alle persone**. La trasmissione del messaggio avviene, ma non è chiara, precisa ed accurata; è sul campo percettivo che si riflettono poi le conseguenze. Tra i fattori personali si evidenziano quelli:

1. **emotivi**: irritazione, ansia, eccitazione, risentimento, antagonismo, dolore, paura e preoccupazione;
2. **fisici**: stanchezza, malattia, difetti della parola, sordità e dolore;
3. **intellettivi**: differenza della capacità intellettiva, abilità del linguaggio, diversi livelli di conoscenza;
4. **sociali**: relativi al livello culturale, al linguaggio, al livello di classe, al gruppo etnico di appartenenza, allo status professionale.

I **fattori di tipo ambientale interferiscono nell'ambiente fisico e sociale**. Si possono distinguere quelli:

1. **fisici**: rumore, confusione, scarsa luminosità, sistemazioni inadeguate, temperature non idonee;
2. **sociali**: presenza di altre persone, presenza di persone indesiderate.

**Conoscendo le cause che possono condurre ad un'errata comunicazione, si possono prevedere, eliminare e attutire i disagi, le tensioni e gli ostacoli** che potrebbero interferire sulla trasmissione del messaggio.

### Dinamica della comunicazione

Gli **elementi funzionali essenziali** che consentono il verificarsi di un processo comunicativo sono **emittente, messaggio, canale comunicativo, ricevente, feed back, contesto** (Fig. 1)<sup>1</sup>.

In particolare, il **feed back** è definibile come retroazione o informazione di ritorno, messaggio di risposta. In una autentica ipotesi di comunicazione sociale, un'azione comunicativa ne richiama un'altra. **Il processo di ricezione non consiste semplicemente nell'accettazione passiva di quanto è stato trasmesso**, anche il consenso avvia un processo attivo di ritorno. **Per l'emittente è importante la ricezione del feed back**, poiché gli **permette di rendersi conto dell'impatto che il suo messaggio ha avuto**.

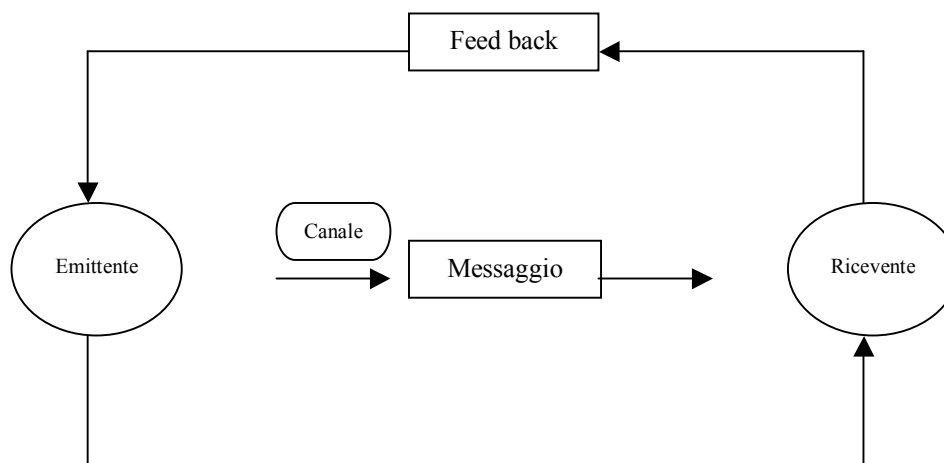


Fig. 1 Elementi del processo comunicativo

**Il destinatario della nostra comunicazione è il paziente.**

Innanzitutto **devono esserci chiari gli obiettivi** che dobbiamo raggiungere con il nostro messaggio. Dobbiamo **conoscere il destinatario** del messaggio, **la sua cultura, la sua posizione sociale, la sua attività professionale.**

Nella comunicazione **l'individuo interviene con i suoi tratti caratteristici e con le sue specificità.** La comunicazione si presenta come un sistema complesso ed articolato, in cui **l'informazione che si dà e si riceve subisce di volta in volta condizionamenti ed interferenze dovute non solo all'ambiente esterno, ma anche alle modalità di decodifica del messaggio inviato, modalità connesse ai valori e alle specificità individuali**(Fig. 2)<sup>1</sup>.

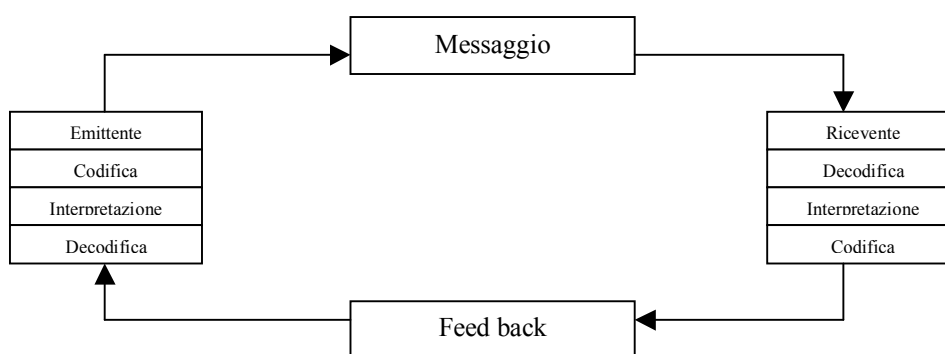


Fig. 2 Processo comunicativo rappresentato graficamente

È importante per l'operatore saper riconoscere e valutare le cause che possono alterare un messaggio ed interferire nella comunicazione infermiere- paziente. Conoscendo le cause che possono distorcere un messaggio l'infermiere potrà prevenirle o ridurle.

L'infermiere deve prendere in considerazione anche l'ambiente circostante (contesto) in cui si svolge il processo comunicativo in quanto potrebbe essere necessario usare dei sistemi per ridurre o eliminare ostacoli per la comunicazione.

**Il linguaggio è lo strumento per eccellenza con cui l'uomo dà vita al proprio sistema di segnalazione;** alle parole è possibile affidare qualsiasi tipo di messaggio, **ma le parole possono essere male interpretate,** possono **recare fraintendimenti,** a volte è difficile esprimere le emozioni.

È necessario capire se chi comunica usa lo stesso nostro codice.

È già complesso capire se le parole hanno per tutti lo stesso significato, se poi l'operatore ricorre ad allusioni, modi di dire che comunque non sono chiari al paziente, il messaggio sarà inevitabilmente recepito nel modo sbagliato.

Disponiamo anche di altri modi per comunicare (**sottosistemi comportamentali**) più o meno connessi con la parola, che rientrano nell'ambito della comunicazione non verbale.

Le modalità della comunicazione non verbale sono numerose e complesse e riguardano: il **comportamento cinetico** (gesti, espressioni facciali, movimenti degli occhi), il **paralinguaggio** (tonalità vocali, risa, sospiri, sbadigli), i **rapporti spaziali** (prossemici) tra gli individui, l'**olfatto**, la sensibilità della pelle al tatto e alla temperatura, l'uso di artefatti (vestiti, cosmetici). Anche **le espressioni del viso e la gestualità influenzano le parole** contemporaneamente espresse.

**La comunicazione non verbale**, che è molto più difficile da nascondere e controllare, è molto importante per il processo della comunicazione in quanto **può alterare il significato della comunicazione verbale**.

**L'infermiere deve fare attenzione ai messaggi non verbali che riceve dal paziente** oltre che a quelli verbali. I messaggi non verbali **spesso rispecchiano la verità** più di quelli verbali.

I messaggi non verbali però a volte non sono così chiari ed immediati ed è importante incoraggiare il paziente ad esprimersi anche con le parole.

Molti Autori sono concordi nell'affermare che il messaggio linguistico viene modificato, rafforzato, indebolito o mutato qualitativamente dai gesti del corpo.

### **La comunicazione telefonica**<sup>1</sup>

Vale la pena soffermarsi su un **aspetto particolare ma ricorrente nella realtà infermieristica**: la comunicazione attraverso l'apparecchio telefonico.

Il telefono è considerato come un **canale di comunicazione tecnologico e fisiologico insieme**. Il telefono consente di comunicare rapidamente senza spostarsi e permette di udire la persona nel momento in cui si esprime.

Oggi il telefono ha raggiunto una **vasta applicazione in tutti i settori delle strutture sanitarie**: centri di prenotazione, centri di pronto intervento, centri di informazione.

Il telefono dà all'utente, in caso di necessità o di urgenza, la **certezza di un contatto immediato**, la certezza **di essere ascoltato e di trovare una soluzione** ai propri dubbi, alle proprie ansie e paure. Il telefono fa quindi da **mezzo per una comunicazione particolare dove non si osserva, non si vede** la persona che comunica, **ma c'è l'ascolto**.

È importante che l'operatore metta in atto tutte le sue conoscenze e sia **particolarmente attento agli aspetti della comunicazione verbale e non verbale**.

Dovrà assumere un **atteggiamento di disponibilità, ascoltare, parlare con calma, orientare** l'interlocutore se divaga o non riesce a mettere a fuoco le sue richieste.

L'operatore al telefono deve essere in grado di utilizzare un **linguaggio semplice ma professionale** e **adattare il linguaggio** stesso **al tipo di interlocutore**, al fine di dare risposte chiare ed esaurienti. Nella comunicazione telefonica **l'operatore deve verificare se il messaggio è stato compreso, ripetendo e chiedendo esplicitamente la conferma** su quanto trasmesso.

È anche molto utile **chiedere all'interlocutore di ripetere** e **aiutarlo sottolineando gli aspetti più importanti** del messaggio.

## MATERIALI E METODI

### **STRATEGIA DI RICERCA**

1. La ricerca è stata effettuata, attraverso Internet, prevalentemente sulle pagine di EBM del GIMBE. La priorità di ricerca è stata data a:
  - Banche Dati generali, in particolare MedLine, di revisioni sistematiche e di linee guida e technology assessment;
  - Letteratura (riviste biomediche, pubblicazioni secondarie, Evidence- reports);
2. È stato effettuato un approfondimento sul sito dell'ISTAT rispetto all'istruzione in Italia e, nello specifico, rispetto agli iscritti secondo il tipo di scuola e al tasso di scolarità;
3. Gli abstract di documenti non disponibili in versione full-text on-line sono stati reperiti nella Biblioteca Centralizzata S.Orsola-Malpighi;
4. Nella ricerca sono state utilizzate parole- chiave combinate fra loro in diverso modo.

**PREMESSA ALLA GRIGLIA:**

1. Sono stati fatti vari tentativi con diverse combinazioni di termini MeSH: “patient compliance” AND “communication barriers” AND “nurse-patient relations”; “patient participation” AND “communication barriers”; psycholinguistic AND “nurse-patient relations”; language AND cognition AND “nurse-patient relations”; “nurse-patient relations” AND feedback; “nurse-patient relations” AND consciousness; “patient education” AND consciousness; communication and feedback, senza che portassero a risultati apprezzabili;
2. Sono state reperite delle scale di valutazione clinica: Mini-Mental State/Status Examination (versione italiana ed inglese) e Geriatric Depression Scale;
3. La scelta dei documenti è stata guidata da: PERTINENZA all’argomento della ricerca (ossia escludendo a priori i documenti che trattassero i problemi della comunicazione linguistica in senso stretto e problematiche neuro- psichiatriche e demenze), POPOLAZIONE statistica e rappresentatività del campione (utenti del servizio sanitario), DATAZIONE (1990-2000), TIPO DI DOCUMENTO (randomized controlled studies, systematic reviews, guidelines, ecc...);
4. esiste una **tabella analitica** dei documenti rilevati/selezionati.

<b>RICERCA</b>	<b>DOCUMENTI RILEVATI</b>	<b>DOCUMENTI SELEZIONATI</b>
<b>SCANNING (LETTERATURA)</b>		
<b>Riviste biomediche</b>		
Free Medical Journals	5	//
<b>Evidence- reports</b>		
Agency for HealthCare Quality & Research	1	//

<b>SEARCHING (BD)</b>		
MEDLINE (motore di ricerca PUBMED)	40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Measuring patients' ability to read and comprehend:a first step in patient education-Nursingconnections,1995</li> <li>2. Patient's understanding of health information:a multihospital comparison-Patient Educ Couns,1994</li> <li>3. Self-care instructions: do patients understand educational materials?-Focus Crit Care,1992</li> <li>4. Eliciting assesment data from the patient who is difficult to interview-Nurs Clin North Am,1990</li> <li>5. The Deaconess Informed Consent Comprehension Test: an assessment tool for clinical research subjects-Pharmacotherapy,1996</li> <li>6. Executive control and the comprehension of medical information by elderly retirees-Exp Aging Res ,1997</li> <li>7. Telephone nursing interventions in ambulatory care-J Nurs Adm,1999</li> <li>8. Exploring indicators of telephone nursing quality-J Nurs Care Qual,1999</li> <li>9. Compliance and cognitive function: a methodological approach to measuring unintentional errors in medication compliance in the elderly. McGill-Calgary Drug Research Team-Gerontologist,1993</li> <li>10. Rapid estimate of adult literacy in medicine:a shortened screening instrument-Fam Med,1993</li> </ol>
CDSR	2	//
DARE	6	//
NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE	6	//

<b>Riviste online (EBSCO Online)</b>	1	//
<b>Libri</b>	5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guida all'esercizio Professionale per il Personale Infermieristico (Sezione 5/6)</li> <li>2. La comunicazione come processo sociale (Capitoli II/III/IV)</li> <li>3. I test di intelligenza (Capitoli I/II/V/VI/VII/IX)</li> <li>4. Farsi capire. Comunicare con efficacia e creatività nel lavoro e nella vita</li> <li>5. Il corpo e il suo linguaggio. Studio sulla comunicazione non verbale</li> </ol>

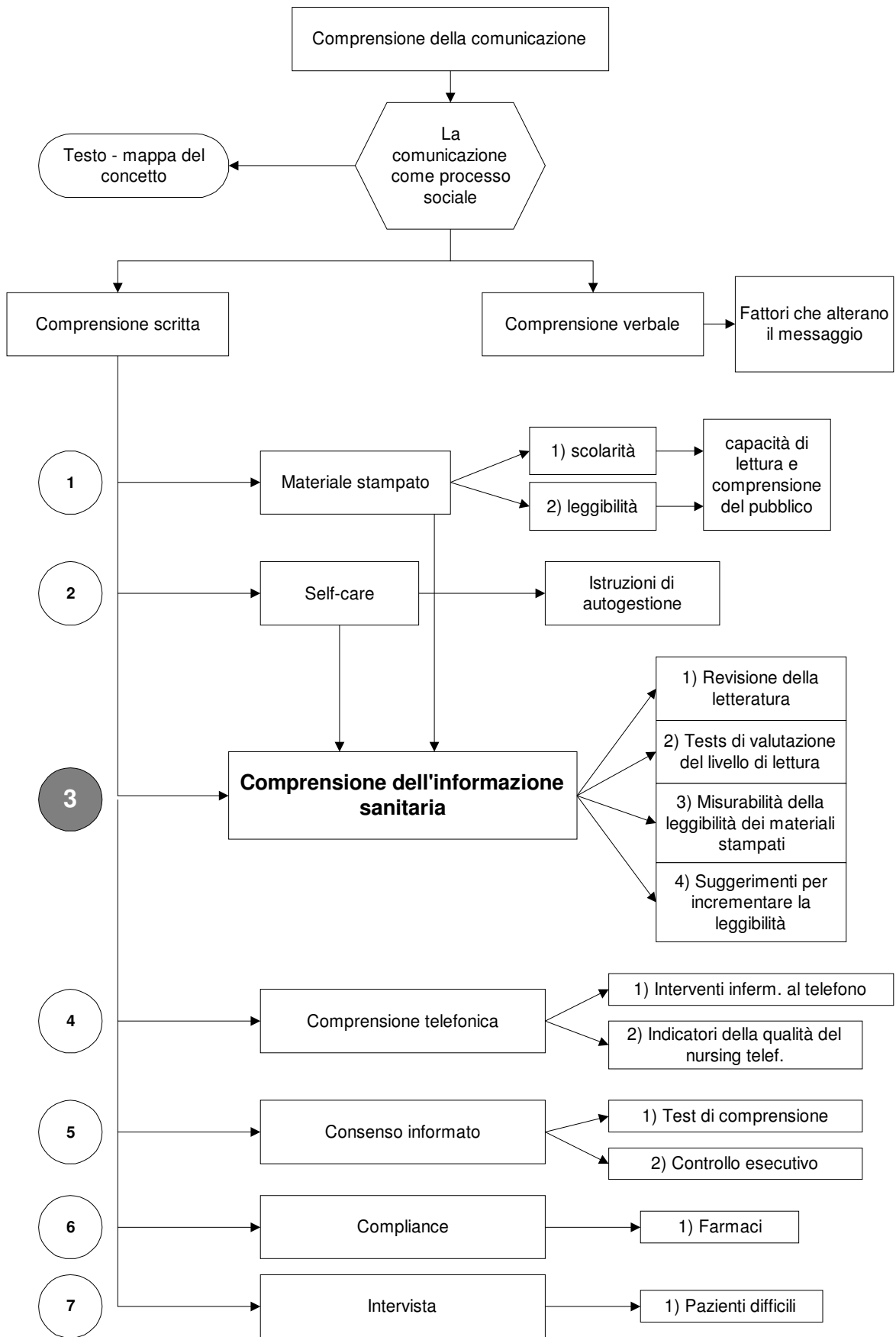
### **PREMESSA ALL'ALGORITMO**

L'algoritmo ha lo scopo di semplificare graficamente il percorso di ricerca sul tema proposto.

Riflettendo sull'argomento "valutazione della comprensione" sono emerse a cascata diverse problematiche correlate ed interessanti da affrontare.

In questo studio si è comunque deciso di sviluppare più ampiamente il punto 3.

Per gli altri argomenti presi in considerazione sono previsti degli Evidence- reports.



## CRITERI DI SELEZIONE

La selezione dei materiali è stata guidata dall'intento di recuperare evidenze, che tuttavia al momento attuale non sono state reperite, e definire che:

- Esiste una **discrepanza fra i livelli di lettura dei materiali educativi e quelli culturali della popolazione.**
- **I pazienti sono discenti unici**; la loro capacità di comprendere l'istruzione sanitaria è spesso **impedita da fattori come ansia, disagio fisico** (sonnolenza farmacologica, dolore, ecc...) e **mancanza di familiarità con l'ambiente ospedaliero.**
- **Come operatori sanitari non siamo nella posizione di insegnare a leggere.**
- **La scelta dei materiali educativi dovrebbe adattarsi alle caratteristiche e necessità del gruppo di lettori designato: la loro capacità di lettura, la familiarità con i contenuti e il livello di motivazione e i diversi backgrounds etnici di provenienza.**
- L'acquisizione e l'utilizzazione di **strumenti per misurare la capacità del paziente di leggere e comprendere** è essenziale per pianificare strategie per provvedere un'informazione appropriata.
- **L'incertezza circa la comprensione del paziente solleva problemi etici e legali tra gli operatori sanitari a molti livelli.**
- **I problemi di comprensione non indagati potrebbero interferire con tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria**, inclusi prevenzione, programmi di screening, compliance con i regimi terapeutici e partecipazione alle ricerche cliniche.
- **Incoraggiare la ricerca infermieristica: c'è scarsa ricerca infermieristica pubblicata che esamina il reale livello di lettura dei fruitori dell'assistenza sanitaria.**

## Le domande della ricerca

1. Qual è il reale livello di lettura dei pazienti in ambito clinico?
2. Qual è il livello di comprensione dei pazienti in ambito clinico?
3. C'è discrepanza tra l'ultimo anno di corso completato a scuola e l'effettivo livello di lettura e comprensione dei clienti?
4. C'è relazione tra età, reddito, cultura e livello di comprensione?
5. Il materiale è facile da leggere e può essere capito?
6. A quale livello i pazienti comprendono meglio le informazioni sanitarie stampate?

## PUNTI CONSIDERATI:

1. Elementi della comunicazione/comprendione
2. Comprensione verbale/scritta: materiale informativo scritto/istruzioni di self-care
3. Compliance
4. Consenso informato
5. Livello culturale e diversità culturali
6. Informazione telefonica
7. Intervista ai pazienti difficili
8. Test di intelligenza in ambito sanitario
9. Dati ISTAT dell'istruzione in Italia

## RISULTATI

**“Pochi negheranno l'importanza del saper leggere e scrivere in questa società o i vantaggi goduti da quelli con capacità superiori” (Kirsch, Jungeblut, Jenkins & Kolstad, 1993)<sup>7</sup>.**

L'educazione al paziente è parte integrante dell'assistenza sanitaria contemporanea. La quantità e la complessità delle informazioni che ci si aspetta i pazienti conoscano si sta ampliando in relazione ai progressi nella tecnologia sanitaria<sup>6</sup>.

L'interesse per l'alfabetizzazione fu rinnovato da un rapporto dello United States Department of Education (1993) che indicava che 90 milioni di adulti (47%) avevano povere capacità di lettura e comprensione<sup>7</sup>.

### Revisione della Letteratura<sup>7</sup>

**Il desiderio di avere fruitori dell'assistenza sanitaria più informati ed educati ha ricevuto attenzione dal 1960**, quando la U.S. Food and Drug Administration (FDA) richiese che i foglietti illustrativi dei farmaci fossero scritti in un linguaggio comprensibile. Da allora, il livello di interesse per l'educazione e l'alfabetizzazione del paziente è emersa come una questione critica che giustifica la ricerca.

**Doak and Doak (1980)** stimarono che **il 50% dei fruitori dell'assistenza sanitaria in America avevano serie difficoltà a leggere e comprendere i materiali scritti di educazione e le informazioni date loro di routine** nella forma dei moduli di ammissione e dimissione, dei moduli di consenso e del documento dei diritti dei pazienti, delle istruzioni e **che richiedevano la firma come convalida della comprensione**.

La capacità del cliente di leggere i materiali scritti delle informazioni sanitarie è stata esaminata in diversi studi classici.

Uno studio degno d'interesse di **Doak & Doak (1979)** nel Norfolk Public Health Services Hospital esaminava la **differenza tra la capacità del cliente di leggere ed il livello di lettura richiesto per i materiali sanitari educativi**. Questo studio rivelava **da 4 a 5 gradi di differenza tra gli anni di scuola conclusi e la capacità di leggere**, come misurato dalla Wide Range Achievement Test (WRAT).

**Mead e Byrd (1989)**, usando la WRAT per studiare la capacità di lettura di 250 pazienti nel loro studio sulla cessazione del fumo, trovarono che il punteggio di lettura dei pazienti si estendevano dal livello di terzo grado al college. Inoltre, notarono **4 gradi di differenza tra l'anno di corso più alto concluso e i reali punteggi di lettura**.

**Streiff (1986)** concludeva che **i livelli di lettura dei clienti non potevano essere determinati dall'istruzione conseguita** e riferita dalla persona. Il suo studio rivelava che i punteggi di lettura della WRAT variavano dal livello di grado 1.7 a 13.5, con un livello di grado medio di 6.0. Tuttavia, il risultato del grado riferito dai partecipanti allo studio variava dal grado 3 al 18, con un livello di grado medio di 9.9.

Uno **studio di lettura dell'Università della Virginia** su 200 pazienti, **condotto da Taylor, Skelton e Czajkowski (1982)** in ambito clinico, sottolineò la necessità per i professionisti sanitari di **riconoscere i diversi backgrounds culturali e le capacità di lettura** quando usavano materiale di assistenza sanitaria scritto. I ricercatori notarono che **molti pazienti fraintendevano le informazioni sanitarie e i materiali educativi** dati loro poiché erano incompatibili con le loro capacità di lettura.

La capacità di leggere non assicura la comprensione, come i professionisti sanitari spesso presuppongono. Uno dei primi studi destinato a **verificare la comprensione** dei pazienti è stato quello del **Mohammed (1964)**<sup>6</sup>. Usando una serie di 5 paragrafi e domande sull'informazione sanitaria generale scritta ai livelli di grado 4°, 6° e 8°, Mohammed determinò che il 22% dei pazienti valutati era capace di comprendere il materiale scritto al livello di grado 8°. Inoltre, il 43 % del suo campione era incapace di comprendere i materiali scritti ad ogni livello.

**Spees (1993)** studiò la conoscenza e la comprensione dei pazienti dei termini medici associati con la letteratura dell'informazione sanitaria e **scoprì una significativa differenza tra la reale conoscenza del cliente dei termini medici e la percezione**

dell'infermiere di quello che i pazienti capiscono.

Nel 1988, il **Better Business Council for Effective Literacy** ha riportato che 27 milioni di Americani al di sopra dei 17 anni di età erano funzionalmente analfabeti e che un aggiuntivo 45 milioni di Americani era marginalmente istruito. **“Funzionalmente analfabeta”** è stato definito come la incapacità di leggere a o al di sopra del livello di grado 5°.

**Insegnare agli adulti con povere capacità letterarie rappresenta una sfida per i professionisti sanitari** e particolarmente per gli infermieri, che sono primariamente responsabili per l'educazione al paziente. **I documenti scritti sono spesso usati dagli infermieri come mezzi di rinforzo e completamento delle direttive verbali**, poiché le persone tendono a perdere oltre la metà di quanto sentono in pochi minuti.

All'apparenza, **i materiali stampati sono efficaci rispetto ai costi e rappresentano mezzi per comunicare messaggi di salute in tempi brevi**. L'uso di materiali scritti per l'insegnamento sanitario e l'educazione è sempre stata una componente integrante dell'interazione con il paziente e del processo di insegnamento- apprendimento.

**Doak, Doak & Root (1985)** suggeriscono, tuttavia, che **la ricerca non ha dimostrato l'efficacia della tradizionale educazione orientata al paziente e dei materiali informativi**. In termini di risultati di informazione sanitaria sui comportamenti del paziente, **la capacità del cliente di interiorizzare e interpretare la comunicazione sanitaria dipende dalla capacità di leggere e comprendere l'informazione**.

Ad oggi, in Italia, il ministero della Salute e la Commissione unica del farmaco stanno mettendo a punto alcuni strumenti per giungere quanto prima alla semplificazione della leggibilità dei foglietti illustrativi e dei materiali informativi che riguardano i medicinali<sup>15</sup>.

#### **Valutazione del livello di lettura**<sup>6,7,8,9</sup>

**I test di misurazione dell'alfabetismo non sono comunemente usati dagli operatori sanitari. Confrontare la leggibilità delle pubblicazioni con i livelli di lettura** misurati dei clienti è un modo accurato per provvedere a materiali ad un livello appropriato.

In situazioni in cui non sia fattibile effettuare una misurazione accurata, gli infermieri potrebbero optare per fornire pubblicazioni secondo il livello di educazione riferito dal paziente.

Tuttavia, **gli esperti non sono in accordo circa il gap che esiste tra livello di lettura e numero di anni scolastici conclusi**.

Doak e Doak hanno scoperto che i pazienti leggono 4 o 5 gradi al di sotto del loro ultimo anno di corso concluso, mentre Strieff ha riportato che, in media, i pazienti leggono 3.1 anni al di sotto della loro educazione formale; inoltre ha anche trovato un'ampia variazione nei punteggi di lettura individuali e ha concluso che il livello di educazione non può essere usato come un'accurata stima della capacità di lettura.

I ricercatori, esaminando il materiale sanitario stampato per il pubblico, riportano un livello medio di lettura al di sopra del grado 9°. La letteratura, comunque, suggerisce che molti pazienti leggono a o sotto il livello di grado 8°; tuttavia, nelle aree urbane con gruppi a rischio, questo livello potrebbe essere troppo alto per un significativo numero di persone.

Pertanto fornire **pubblicazioni scritte di 3 o 5 gradi al di sotto del livello culturale** dei clienti **è meglio che distribuire materiali “alla cieca”**, sebbene non così accurato come se fossero in armonia con i livelli di lettura accertati.

Nonostante l'approccio usato, le persone beneficiano delle istruzioni che hanno un alto livello di leggibilità. **I documenti altamente leggibili sono scritti a o al di sotto del livello di 5° grado**.

Gli infermieri che hanno tempo limitato per l'educazione hanno più fiducia nella chiarezza dei materiali che distribuiscono se sanno che le pubblicazioni sono scritte ad un livello comprensibile a più utenti.

**Gli strumenti selezionati sono adattabili per l'uso in un ambito clinico e sono economici in termini di tempo.**

Di solito insieme viene utilizzato un modulo di profilo informativo per ottenere dati demografici, inclusi età, sesso, gruppo etnico, reddito e il più alto anno di corso completato a scuola.

1. La **Wide Range Achievement Test**<sup>7</sup> (WRAT) fu sviluppata nel 1936 per misurare il livello di lettura di un individuo. È stata **revisonata diverse volte**, il più recentemente nel 1984 (Jastak & Jastak). La leggibilità e validità della WRAT è stata ben documentata. Lo strumento **misura la capacità del paziente di riconoscere le parole**. Al soggetto è chiesto di leggere a voce alta da una lista selezionata di 74 parole, da semplici a complesse e polisillabiche. La WRAT ottiene il punteggio dal numero di parole pronunciate correttamente, oltre a 15 punti di pre- lettura, per un valore massimo di 89 che è convertito in un equivalente livello di grado. Questo test è appropriato solo per quei clienti che sono competenti nella lingua che si utilizza. La WRAT è composta da 3 sub- scale: aritmetica, di lettura e di scrittura. Per lo scopo degli studi sulla capacità di lettura esaminati, è usata solo la sub- scala di lettura.
2. La **Wide Range Achievement Test Revised**<sup>6,8</sup> (WRAT-R: test di rendimento ad ampio raggio revisionato) è uno strumento che è largamente usato dai consulenti **per stimare la preparazione scolastica**. La WRAT-R è un **test standarizzato comprendente una lista selezionata di parole che produce un rigido punteggio, che è poi convertito in un equivalente grado scolastico**. Gli autori della WRAT-R hanno espresso un interesse nello sviluppare una versione scientifica del test per l'uso con i pazienti (Jastak Assessment System,1990). Nel frattempo, gli infermieri hanno l'opzione di misurare il livello culturale del paziente con la sub- scala di lettura della WRAT-R. È stato appurato che la WRAT-R è accurata quando usata con persone con età **fra i 5 e i 75 anni**. Lo strumento può essere somministrato in ambulatorio o al letto in 2 o 3 minuti e velocemente valutata per determinare un livello del grado di lettura approssimativo. Ad ogni soggetto è chiesto di leggere una lista di parole ad alta voce. Il test viene fermato una volta che il soggetto ha difficoltà a pronunciare tre parole. Ci vogliono circa 5 minuti per somministrare il test.
3. La **tecnica di CLOZE**<sup>6,7</sup> fu sviluppata da Taylor (1953) **per misurare la capacità di una persona a comprendere passaggi scritti**. Il **test di Cloze è un metodo valido e attendibile per misurare la comprensione**. Il test si propone di **cancellare sistematicamente ogni quinta parola in un passaggio che i soggetti hanno precedentemente letto**; ci si aspetta allora che **il lettore determini la parola mancante e completi gli spazi in bianco**. La capacità di un individuo di identificare le parole omesse suggerisce quanto bene abbia compreso il testo. Una limitazione potrebbe trovarsi nel materiale usato per analizzare la comprensione, quanto ai problemi di pertinenza e precedente conoscenza del paziente dell'argomento, poiché può influire sui risultati. Il punteggio è calcolato sulla percentuale di parole inserite correttamente. In questo test, un punteggio del 60% o superiore indica che il paziente ha completa comprensione di ciò che ha letto; un punteggio da 40% a 60% indica che il paziente richiederà istruzioni supplementari; e un punteggio al di sotto del 40% indica che il materiale è troppo difficile per il paziente da comprendere. Questa tecnica esamina la comprensione in due modi: (1) esamina il valore della comprensione che il lettore ha raggiunto valutando quanti spazi in bianco sono stati riempiti e (2) determina quanto bene la comprensione del testo sia usata per raccogliere informazioni circa quello che è stato letto. Tuttavia, alcuni fattori, quali l'ansia correlata alla malattia, la separazione dai cari, il disagio fisico e i fattori ambientali, potrebbero influire, in vari gradi, sulla capacità del soggetto di capire il materiale.

4. Un altro test di lettura recentemente sviluppato è il **Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine**<sup>9</sup> (**REALM, 1993**). Il REALM è un **rapido strumento di screening** sviluppato per identificare i pazienti con difficoltà a leggere; utilizza **66 comuni termini medici e di uso corrente, in crescente ordine di difficoltà**, che identificano parti del corpo e malattie e che sono **usati routinariamente nei materiali educativi** orientati al pubblico in ambito sanitario. Fornisce una stima del grado di lettura per i pazienti che leggono sotto il livello di grado 9°. Coloro che hanno sviluppato il REALM reputavano che il formato a caratteri grandi posto in colonne a larga spaziatura non è minacciosa e di facile uso. La facile somministrazione (richiede solo 5 minuti circa) e la semplice valutazione rendono il REALM attraente per ambiti clinici affollati. In confronto, la WRAT usa 74 parole che potrebbero non essere di linguaggio corrente per molti pazienti e spesso causa frustrazione per i lettori con limitate capacità che trovano elevata difficoltà nel pronunciare le parole e, perciò, sono incapaci di completare il test. Inoltre, entrambi gli strumenti fanno affidamento sulla capacità del paziente di riconoscere e decodificare i termini. Perlomeno, la REALM è un'altra opzione disponibile agli infermieri e altri professionisti impegnati nell'educazione al paziente.

**Il limitato numero di strumenti disponibili per fare screening in ambito clinico e la scarsa disponibilità dei pazienti a sostenere test**, come una recente ricerca ha dimostrato (1993), **potrebbe essere uno dei motivi per cui pochi operatori sanitari includono il livello culturale come parte della valutazione iniziale o della procedura di dimissione**<sup>7</sup>.

#### **Misurazione della leggibilità**<sup>8</sup>

**Sono disponibili un certo numero di formule della leggibilità** che utilizzano calcoli delle variabili del linguaggio per fornire un indice di probabilità della difficoltà di lettura di un documento. Anche se molte non sono difficili da usare, il conteggio manuale di sillabe, parole e lunghezza delle frasi può essere noioso e soggetto ad errore umano. Poiché alcune formule guardano alla lunghezza delle frasi e al numero delle sillabe mentre altre danno enfasi alle parole comunemente usate, è avveduto analizzare un documento con due o più formule per fornire una stima precisa della leggibilità. Con i **software** dei computer capaci di usare una combinazione di formule e di calcolare un punteggio composito di leggibilità, si è accresciuta l'accuratezza della valutazione della leggibilità e diminuito l'ammontare del tempo speso. Questi programmi software sono relativamente economici e possono essere usati da persone con capacità informatiche minime.

#### **Suggerimenti per incrementare la leggibilità**<sup>7,8</sup>

I seguenti sono alcuni modi per garantire che i pazienti siano capaci di leggere i materiali:

1. **Includere solo le informazioni rilevanti ed essenziali.** Insegnare informazioni "di sopravvivenza" piuttosto che "carine da sapere". **Dare contenuti chiari e concisi.**
2. Dare priorità alle informazioni presentando l'**argomento più importante prima** e ponendo i **punti chiave all'inizio o alla fine** di ogni lista in ogni categoria. (Le persone tendono a ricordare le informazioni presentate prima e dopo piuttosto che quelle presentate in mezzo). Iniziare con una dichiarazione d'intenti e finire con un sommario.
3. Usare il **vocabolario il più semplice possibile.** Bisogna ricordare che le parole tecniche comunemente usate potrebbero confondere i pazienti a mala pena alfabetizzati; per esempio, "un'iniezione" potrebbe essere meglio spiegata come "una puntura".
4. **Insegnare un nuovo vocabolario** a piccoli gradi e operare una verifica. Usare costantemente le nuove parole del vocabolario in tutto il documento. **Evitare** di usare **abbreviazioni.**

5. Usare **frasi brevi e** dedicarsi ad **un problema alla volta**. Organizzare gli argomenti per ampi e significativi capitoli che seguono una sequenza logica. Ciò che viene messo a capo e ciò che viene organizzato prima indirizzerà il lettore verso quello che verrà dopo.
6. Usare una **voce attiva e** uno **stile colloquiale**, i pronomi personali come *tu* e *il tuo* fanno sì che il documento sia meno impersonale.
7. Limitare le immagini a **stampato in neretto, tratteggi e semplici diagrammi**. L'enunciazione dei sottotitoli deve essere compatibile con le parole usate nel testo.
8. **Carattere grande e spaziatura abbondante** tra i paragrafi fanno sembrare il testo meno minaccioso per le persone che leggono male.
9. Se si usa il **colore** per enfatizzare i punti chiave e si organizza l'argomento secondo categorie, usarli in modo **costante in tutto il documento**.

Questi suggerimenti sono stati applicati al materiale nel riquadro sopra per abbassare la leggibilità dal livello di grado 9° al 4° (**TABELLA 1**). Il significato non è stato alterato. I punteggi della leggibilità sono stati calcolati con il programma RightWriter.

### ***Esempio di un livello di lettura abbassato***

#### **Livello di 9° grado:**

Fumare contribuisce a patologie cardiache nei seguenti modi:

1. Quando fumi, inali monossido di carbonio e nicotina, che fanno restringere i tuoi vasi sanguigni, aumentare la frequenza cardiaca e salire la pressione arteriosa. Tutti questi fattori aumentano il carico di lavoro per il tuo cuore.
2. Il monossido di carbonio stimola il tuo corpo a produrre più globuli rossi. La presenza di più globuli rossi significa che il tuo sangue si coagula più velocemente, aumentando il rischio di patologie alle coronarie e infarto.
3. Il monossido di carbonio e la nicotina possono anche aumentare il rischio di aterosclerosi causando danni alle pareti delle tue arterie.
4. Fumare alza il colesterolo ed è riconosciuto come causa delle aritmie cardiache.

#### **Livello di 4° grado:**

Fumare danneggia il tuo cuore in molti modi:

1. Fumare fa battere il tuo cuore più velocemente, aumenta la tua pressione arteriosa e fa diventare i tuoi vasi sanguigni più piccoli. Tutte queste cose fanno lavorare più duramente il tuo cuore.
2. Fumare fa coagulare il tuo sangue più velocemente. Questo aumenta la possibilità che tu abbia un attacco di cuore o un infarto.
3. Fumare fa alzare il colesterolo. Può anche danneggiare i tuoi vasi sanguigni.
4. Fumare può far diventare il tuo battito cardiaco meno regolare.

## TABELLA 1

Anche **Gaston e Daniels (1988)**<sup>7</sup> suggerivano e confermavano diversi orientamenti per scegliere i materiali: (1) **selezionare documenti che usino poche parole e quindi periodi più corti**, (2) **scegliere materiali che usino parole familiari al lettore**, (3) **usare documenti che evitino l'uso di acronimi, citazioni e statistiche** e (4) **ricordare che i messaggi scritti nella voce attiva tendono a rendere la lettura più facile e piacevole**.

Oltre a modificare il materiale educativo così che le parole scritte siano leggibili per i pazienti con basse capacità culturali, dovrebbe essere data considerazione ad altre caratteristiche dei materiali.

In termini di **formato**, l'uso di **illustrazioni e grafici**, quando appropriato, trattiene l'attenzione del lettore ed è più probabile che il contenuto sia affidato alla memoria a lungo termine. Dovrebbe essere mantenuto un equilibrio nella **impaginazione e** nella **disposizione** tra le illustrazioni e le parole di fondo. **Titolo e caratteri** dovrebbero: (1)

includere l'uso di caratteri semplici di punti da 10 a 14, (2) evitare di affollare le lettere e (3) lasciare adeguata spaziatura tra titolo e parole.

Più importante, i materiali di educazione dovrebbero riflettere i simboli culturali e il linguaggio del gruppo target.

Gli elementi di logica, linguaggio ed esperienza sono critici per la comprensione delle parole scritte. **Il materiale deve avere senso per il lettore, adattarsi al suo stile di vita, essere attuabile e deve essere percepito come in armonia con il suo sistema di valori.**

## DISCUSSIONE (CONCLUSIONI)

### Implicazioni pratiche<sup>6,7,8</sup>

I risultati degli studi suggeriscono che **i pazienti comprendono il materiale scritto al livello di grado 5° più facilmente che al livello di grado 9°.** Perciò, **semplificare il materiale scritto ad un livello non più alto del grado 5° è un utile orientamento** quando si seleziona un livello di lettura per le informazioni sanitarie scritte<sup>6</sup>. Questo orientamento è utile **se gli educatori non possono predeterminare la capacità di lettura del loro gruppo target.**

1. È richiesto un **follow-up** quando le informazioni sanitarie scritte sono distribuite ai pazienti<sup>6</sup>. **Le persone con poche capacità di lettura sono meno esperte dei buoni lettori a formulare domande** poiché mancano di vocabolario e della capacità di analizzare il materiale scritto. **Piuttosto che essere considerati stupidi, molti scelgono di non esprimere la loro mancanza di comprensione<sup>8</sup>.**
2. **L'ambiente ospedaliero è inadeguato per imparare nuove informazioni:** i pazienti potrebbero essere spesso interrotti, mentre cercano di leggere un opuscolo o un pieghevole tecnico, dalla visita medica, dagli esami diagnostici, dagli operatori e dai visitatori e disturbati dal continuo rumore che c'è in molte unità operative. **Il materiale informativo può essere impegnativo: la sua natura è complessa e il vocabolario è estraneo<sup>6</sup>.**
3. **Età e scolarità potrebbero non essere accettabili indicatori** della capacità di leggere del paziente. Sebbene molti professionisti sanitari si informino circa il più alto anno di corso completato a scuola, **molti adulti leggono uno o due gradi sotto il livello dell'anno di corso completato.** Non sorprende che **molti siano solitamente più a proprio agio leggendo materiali al di sotto il loro livello di scolarità<sup>7</sup>.**
4. La facilità di lettura è solo una componente della leggibilità; l'altro è la comprensione. **La capacità di lettura non predice quanto un paziente capisca l'informazione sanitaria<sup>6</sup>**
5. **Esistono delle tecniche per abbassare il livello di lettura del materiale stampato.** Tuttavia, sebbene la ricerca suggerisce la necessità di testi semplificati, **questo non garantisce la comprensione<sup>6</sup>.**
6. **Ogni anno i professionisti sanitari spendono migliaia di dollari in materiali stampati** che probabilmente non giovano ai pazienti<sup>7</sup>.
7. **I materiali stampati non servono al fine dell'insegnamento se i pazienti non sono in grado di capirli<sup>6</sup>.** I questionari di salute, il documento dei diritti dei pazienti, il consenso per i trattamenti e numerosi moduli e istruzioni spesso sono dati da leggere senza nessuna considerazione della capacità del cliente di leggerli e comprenderli<sup>7</sup>.
8. **I professionisti sanitari devono valutare la capacità di un paziente di comprendere il significato del testo. La non compliance potrebbe essere un riflesso della non comprensione, confusione e frustrazione nei confronti dei materiali educativi piuttosto che una mancanza di diligenza. Non ci si può**

**aspettare che i clienti seguano i trattamenti raccomandati** quando mancano della comprensione essenziale delle procedure, istruzioni e regimi prescritti<sup>7</sup>.

9. **I professionisti sanitari non devono mai usare materiale stampato come sostituzione dell'insegnamento**; il materiale stampato dovrebbe essere usato **per rinforzare le istruzioni verbali**<sup>6</sup>.
10. Deve essere sviluppata **sensibilità ai bisogni di coloro che hanno bassa capacità di lettura**<sup>6</sup>. **Poiché i metodi per migliorare la comprensione sono relativamente nuovi e poiché gli infermieri hanno appena iniziato ad essere consapevoli della necessità di questi interventi**, ci vorrà del tempo prima che si raggiunga la situazione in cui gli infermieri forniscono ai pazienti istruzioni ad un livello di lettura appropriato<sup>8</sup>.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Bozzi M., Protopapa F., Buccolini M., Giacometti A., Silvestrini M. Parte II Esercizio della professione. Capitolo 3: Sezione 5 La relazione assistenziale; Sezione 6 La comunicazione nell'attività professionale. In: Guida all'esercizio Professionale per il Personale Infermieristico. C. G. Edizioni Medico Scientifiche s.r.l., 1996
2. Ricci Bitti P. E., Zani B. Parte I: Cos'è la comunicazione. Capitolo I Struttura della comunicazione; Capitolo II Le funzioni della comunicazione. Parte II: Linguaggio e comunicazione non verbale. Capitolo V La comunicazione non verbale; Capitolo VI La comunicazione delle emozioni. Parte III: Comunicazione e processi sociali. Capitolo VII La conversazione; Capitolo IX La comunicazione come processo di influenza. In: La comunicazione come processo sociale. il Mulino, 1999
3. Huteau M., Lautrey J. Capitolo II Che cos'è un test? Capitolo III Le grandi categorie dei test di intelligenza Capitolo IV L'utilizzo dei test di intelligenza. In: I test di intelligenza. il Mulino Universale Paperbacks, 2000
4. Testa A. Farsi capire. Comunicare con efficacia e creatività nel lavoro e nella vita. Rizzoli, 2000
5. Argyle M. Il corpo e il suo linguaggio. Studio sulla comunicazione non verbale. Zanichelli, 1988
6. Estey A., Musseau A., Keehn L. Patient's understanding of health information: a multihospital comparison. Patient Education and Counseling, 1994; Vol 24: 73-78
7. Wilson F. L. Measuring Patients' Ability To Read and Comprehend: A First Step in Patient Education. NursingConnections, 1995; Vol 8, No. 4: 17-25
8. Wong M. Self- Care Instructions: Do Patients Understand Educational Materials? Focus on Critical Care, 1992; Vol 19, No 1: 47-49
9. Davis T.C., Long S. W., Jackson R. H., Mayeaux E. J., George R. B., Murphy P.W., Crouch M. A. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Family Medicine, 1993; Vol 25, No. 6: 391-5
10. Huber D. L., Blanchfield K. Telephone Nursing Interventions in Ambulatory Care. Journal of Nursing Administration, 1999; Vol 29, No. 3: 38-44
11. Hoare K., Lacoste J., Haro K., Conyers C. Exploring Indicators of Telephone Nursing Quality. Journal of Nursing Care Quality, 1999; Vol 14, No. 1: 38-46
12. Miller C. K., O'Donnell D. C., Searight H. R., Barbarash R. A. The Deaconess Informed Consent Comprehension Test: An Assessment Tool for Clinical Research Subjects. Pharmacotherapy, 1996; Vol 16, No. 5: 872-878
13. Royall D. R., Cordes J., Polk M. Executive Control and the Comprehension of Medical Information by Elderly Retirees. Experimental Aging Research, 1997; Vol 23: 301-313
14. Isaac L. M., Tamblyn R. M. and the McGill-Calgary Drug Research Team. Compliance and Cognitive Function: A Methodological Approach to Measuring Unintentional Errors in Medication Compliance in the Elderly. The Gerontologist, 1993; Vol 33, No. 6: 772-781

15. Farmacovigilanza. Indicazioni più chiare sui fogli dei medicinali. Il Resto del Carlino, 27/9/2001
16. Braverman B. G. Eliciting Assessment Data from the Patient Who Is Difficult to Interview. Nursing Clinics of North America, 1990; Vol 25, No. 4: 743-750