

Cos'è la salute per te? Sviluppo e validazione del Questionario sulla Percezione della Salute (QPS) nella popolazione italiana

Loris Bonetti¹, Antonia Demarchi², Stefano Terzoni³, Antonio Pignatto⁴, Antonietta Fortunato⁵, Paola Arcadi⁶, Barbara Sappa⁷, Cinzia Botter⁸, Silvia Giacomelli⁹, Bianca Gritti¹⁰, Eleonora Zanella¹¹, Sergio Nobile¹², Lorena Salvini¹³

¹RN, MScN, PhD, Responsabile Centro di Competenza Ricerca Infermieristica, Area Infermieristica, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona, Docente professionista Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Master e Bachelor degree in Cure Infermieristiche, Svizzera

²RN, MScN, Direttore Professioni Sanitarie, Ulss 6 Euganea, Padova, Presidente Accademia Scienze Infermieristiche, Italia

³RN, MScN, PhD, Direttore didattico, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano - Polo San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo, presidio S. Paolo - Milano, Fellow, European Association of Urology Nurses, Italia

⁴Professore a contratto di Psicologia Sociale presso il Dipartimento di Psicologia, Corso di Laurea in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione. Università IUSTO Rebaudengo Torino, Italia

⁵RN, MScN Responsabile DAPSS Presidi Cernusco Melzo e Cassano ASST Melegnano e Martesana Milano, Italia

⁶RN, MScN, Phd student Direttore didattico Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Milano, Italia

⁷RN, MScN Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia

⁸RN, MScN, Direttore RSD Habilita Hospital & Research, Ciserano di Zingonia, Italia

⁹RN, MScN CPSI Infermiera MURG subintensiva, Azienda Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, Docente a contratto Corso di Laurea in infermieristica UNIVPM, Ancona Italia

¹⁰RN, MScN Direttore del Distretto Creмасco, ASST Crema, Italia

¹¹RN, MScN, PhD student Tutor didattico Corso di laurea in infermieristica Università degli studi di Milano Statale, Sezione di Cernusco sul Naviglio, Italia

¹²RN, MScN, Coordinatore Infermieristico ASST Ovest Milanese, Italia

¹³RN, MScN, ASST-Monza, Humanitas University, Department of Medicine, Pieve Emanuele, Milano, Italia

Corrispondenza: loris.bonetti@eoc.ch; loris.bonetti@supsi.ch

RIASSUNTO

Introduzione Il processo di cura deve passare attraverso una chiara rappresentazione del concetto di salute, per riflettere i valori dei cittadini.

Obiettivi Lo scopo dello studio è stato quello di strutturare e validare il Questionario sulla Percezione della Salute (QPS) volto ad indagare il concetto di salute nella popolazione generale italiana. L'obiettivo secondario è stato quello di valutare le differenze di percezione di salute in rapporto ad alcune variabili demografiche.

Materiali e metodi Il questionario è stato creato considerando i risultati di un precedente studio qualitativo. La validità di contenuto è stata valutata consultando quattro esperti, tramite tecnica Delphi. È stata quindi condotta una survey, per valutare la validità di costruito, tramite analisi fattoriale esplorativa. La consistenza interna è stata valutata calcolando l'alpha di Cronbach (α). L'affidabilità della stabilità è stata valutata tramite la IntraClass Correlation (ICC). Sono stati quindi fatti dei confronti nelle modalità di risposta, considerando alcune caratteristiche dei partecipanti.

Risultati Il questionario creato è costituito da 35 item, ai quali è possibile rispondere con una scala di Likert a 4 opzioni (completamente d'accordo - completamente in disaccordo). Alla survey hanno partecipato 385 persone. I risultati hanno dimostrato che lo strumento è monodimensionale ed ha una buona validità di contenuto ed affidabilità ($\alpha=0.86$, range ICC= 0.6-0.9). Emergono differenze significative rispetto al concetto di salute su alcuni item, considerando le caratteristiche dei partecipanti, come il genere, l'età, la presenza di

malattie croniche, e se si assumeva terapia farmacologica.

Discussione e conclusioni Lo strumento ha buone proprietà psicometriche di affidabilità e stabilità ed è in grado di discriminare il concetto di salute, considerando le caratteristiche dei partecipanti suddette. Potrà risultare utile nel comprendere qual è il concetto di salute nella popolazione e adeguare le cure di conseguenza.

Parole chiave: Salute, società, valori sociali, studio di validazione, infermiere.

What is health to you? Development and validation of the Health Perception Questionnaire (QPS) in the Italian population

ABSTRACT

Introduction Care must pass through a clear representation of the concept of health in order to reflect the values of citizens.

Objectives The aim of the study was to structure and validate the Health Perception Questionnaire (HPQ), to investigate the concept of health in the general Italian population. The secondary objective was to evaluate the differences in health perception in relation to some demographic variables.

Materials and methods The questionnaire was created considering the results of a previous qualitative study. Content validity was assessed by consulting four experts, using the Delphi technique. A survey was then conducted to assess construct validity of the questionnaire by means of exploratory factor analysis. Internal consistency was assessed by calculating Cronbach's alpha (α). Test-retest reliability was assessed with the Intraclass Correlation coefficient (ICC). Comparisons were then made in the responses, considering certain characteristics of the participants.

Results The newly developed questionnaire consists of 35 items, which can be answered using a 4-option Likert scale (completely agree - completely disagree). A total of 385 people participated in the survey. The questionnaire is monodimensional and has good content validity and reliability ($\alpha=0.86$, ICC range 0.6-0.9). Significant differences emerged with respect to the concept of health on some items, considering the characteristics of the participants, such as gender, age, presence of chronic disease, and chronic therapy intake.

Discussion and conclusions The instrument has good psychometric characteristics of reliability and stability and can discriminate the concept of health, considering some peculiarities of the participants. It may be useful in understanding what the concept of health is in the population and adjust care accordingly.

Key words: Health, societies, social values, validation study, nurse.

INTRODUZIONE

La salute è un concetto caratterizzato sia da fattori impersonali e strumentali, sia da elementi culturali e dimensioni dell'azione individuale e collettiva. L'approccio Fenomenologico di Ardigò (1997) ad esempio, descrive l'idea di Husserl (2015) di uscire dalla concezione di scienza ristretta ai soli principi fisici e a variabili quantitative e misurabili. Husserl stesso descrive il rapporto curante-paziente come un rapporto empatico (Husserl, 2015), a differenza dell'approccio struttural-funzionalista di Parsons (Parsons, 1978, 1971) secondo il quale chi cura deve perseguire la neutralità affettiva verso il paziente.

I modelli di salute e di malattia si sono trasformati nei diversi momenti storici, essendo strettamente correlati alle trasformazioni economiche, politiche, sociali. Il problema sanitario, e quindi della concezione di salute oggi, ha assunto caratteri diversi; infatti, se il modello del passato aveva le sue radici su un'idea "riparatoria" nei confronti della malattia, oggi la strategia è più mirata alla prevenzione, all'eliminazione dei fattori di rischio e al controllo degli interventi socio-sanitari (United Union, 2020).

Come concettualizza Basaglia (Basaglia, 1968,

1965) nell'approcciarsi con la vita e la morte, il sapere medico ha vinto su ogni forma di conoscenza critica che non provenisse dalla stessa radice creando un modello medico a copertura di problemi sociali con tutte le conseguenze del caso anche rispetto alle variabili sociopsicologiche dei cittadini. Il corpo, sempre più spesso, è visto come un'entità naturale, facendo sempre meno riferimento a quei caratteri storici e socioculturali inscindibili e che ne hanno caratterizzato una importante modulazione sociale. L'uomo è un complesso integrato fisico psichico e sociale e queste tre sfere non sono in alcun modo separabili (Watson, 2013, Watson and Woodward, 2020). Studiosi hanno tentato di perfezionare le formulazioni sulla definizione di salute, cercando di coniugare gli aspetti educativi con quelli promozionali, creando una definizione di salute come valore positivo, e non originato solo dalla mancanza di malattia (Godlee, 2011); la salute fa così riferimento sia ai contenuti clinici, sia alla capacità relazionale e a concettualizzazioni che coinvolgono tutta la personalità sino a spingere questo paradigma verso il concetto di salutogenesi (Antonovsky, 1996; Mittelmark et al., 2022; Simonelli and Simonelli, 2012).

La salute è dunque costruzione di coscienza

soggettiva e collettiva nei termini paradigmatici che il presente lavoro di ricerca e validazione pone affondando le radici della ricerca sulle variabili sociali più contingenti. Tra gli obiettivi dell'OMS vi è quello, infatti, di collegare tra loro le strutture sociali naturali (famiglia, scuola, comunità) (United Union, 2020). La salute inizia, in questa fattispecie, non solo dalla equa distribuzione di cure, ma anche dalla partecipazione attiva; salute quindi come socialmente e storicamente determinata (Simonelli and Simonelli, 2012). Comprendere le trasformazioni della definizione di salute in senso soggettivo e i suoi cambiamenti oggettivi implica studiare i mutamenti delle relazioni all'interno delle organizzazioni sociali territoriali, e il rapporto verticale organizzazioni-cittadini. Il fine ultimo di ricerche e interventi mirati a promuovere salute è quello di creare strategie promozionali sviluppate in territori definiti che permettano di costruire partnership forti tra i cittadini, costruendo un "sistema di rete" basata sul sistema di valori prevalenti delle persone (Iwamoto, 2023).

La salute pubblica si pone come un approccio fondato sulla conoscenza non solo teorica, ma anche empirica dell'interazione tra relazioni sociali, sviluppo economico, politiche e salute stessa (Cardano et al., 2020). L'obiettivo per tutti coloro che progettano la salute pubblica dovrebbe consistere nella costruzione di azioni capaci di mettere in grado i cittadini di sviluppare la loro progettualità e costruire strumenti per interagire nei processi decisionali che li coinvolgono proprio come si sta orientando il NHS Britannico con il concetto di "Welfare Community".

Occorre una buona sensibilità sociale, economica e professionale relativa alla vita delle comunità per costruire le scelte più vicine ai cittadini. Si tratta di passare dal "fare salute per i cittadini" a "fare salute **con** i cittadini". Gli infermieri, in tal senso, da mandato deontologico si impegnano a trasformare le politiche di salute, e a garantire il coinvolgimento sistematico delle persone e delle comunità nelle scelte sulla salute (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, 2019).

Conoscere i determinanti della salute permette infatti di orientare le azioni professionali in particolar modo sui fattori modificabili, quelli cioè che sono suscettibili di essere corretti e trasformati: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale (International Council of Nurses (ICN), 2019). Vista la mutevolezza del concetto in esame e la sua multidimensionalità, per poter intervenire sui fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità, è pertanto imprescindibile conoscere cosa

intende per "salute" ciascun individuo. La letteratura internazionale esaminata riporta strumenti di misurazione di alcuni outcome legati alla salute soggettiva, tra cui in primis la qualità di vita (Ware and Gandek, 1998) e il benessere percepito (Topp et al., 2015), ma non sono noti studi che hanno indagato la concezione di salute individuale nella popolazione generale proponendo strumenti di misura del costrutto, per tali motivazioni è nata la necessità di proporre uno studio nel merito. L'intento di questo studio era infatti di creare un questionario che indagasse il concetto di salute, partendo dal punto di vista del cittadino, al fine di comprendere quali fossero le variabili individuali che costituiscono questo concetto nella popolazione italiana.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo studio era quello di sviluppare e validare un questionario per indagare il concetto di salute tra la popolazione italiana. L'obiettivo secondario è stato quello di valutare le differenze di percezione di salute in rapporto ad alcune variabili demografiche.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

Questo è uno studio metodologico di validazione (Polit and Beck, 2020) Per la creazione e validazione del questionario sono stati seguiti gli step suggeriti da (Hinkin et al., 1997).

Procedura di sviluppo del questionario

Creazione degli item

Il questionario è stato sviluppato a partire da un precedente studio qualitativo (Botter et al., 2019), che ha indagato il concetto della salute tra la popolazione. In questo studio sono emerse otto macrocategorie che descrivono il concetto di salute degli intervistati: equilibrio, autonomia, stile di vita, stati d'animo positivi, assenza di malattia, benessere socioeconomico, relazioni sociali positive, atteggiamenti e comportamenti proattivi.

Gli item del questionario sono stati creati dal team di ricerca, a partire dalle macrocategorie e tenendo conto delle parole esatte che gli intervistati hanno utilizzato per descrivere il concetto di salute (Botter et al., 2019).

A seconda della numerosità dei significati individuati per ogni macrocategoria, il team di ricerca ha creato un numero proporzionale di item da testare per la loro validità del contenuto e affidabilità, seguendo il criterio riportato di seguito: 1. significati >100, creazione di 20 item; 2. significati tra 50 e 100, creazione di 10 item; 3. significati < 50, creazione di 5 item. Nella fase di sviluppo sono stati quindi creati in totale 71 item.

Validità del contenuto

Per testare la validità di contenuto del questionario è stata utilizzata la tecnica Delphi (Hsu and Sandford, 2007) tramite il coinvolgimento di 4 esperti di scienze della salute e scienze sociali: un infermiere esperto di ricerca qualitativa, un teorico e filosofo dell'assistenza infermieristica, un sociologo, un esperto di etica. Gli esperti sono stati contattati via mail ed è stato chiesto loro di valutare, attraverso una scala Likert a 4 opzioni, da "per niente rilevante" a "molto rilevante", se il contenuto degli item fosse adeguato per valutare il concetto di salute. Gli item giudicati da più di due esperti come "poco rilevante" o "per niente rilevante" sono stati esclusi e gli item rimanenti sono stati rinviati tramite e-mail per un secondo round Delphi. A seguito di questo

secondo round sono rimasti 35 item ritenuti rilevanti da tutti gli esperti, che hanno costituito il questionario testato nella popolazione.

Descrizione dello strumento di raccolta dati

Ai 35 item è stata associata una scala Likert a 4 opzioni che andava da "completamente in disaccordo" a "completamente d'accordo". Sono stati raccolti anche alcuni dati demografici, quali il genere, il titolo di studio e il lavoro attuale o pregresso, e se in pensione. Si chiedeva poi se stessero assumendo farmaci in quel momento, se erano stati in ospedale nell'ultimo anno e se si quante volte, se soffrivano di malattie croniche e se si quali. Gli item definitivi del Questionario sulla Percezione della Salute (QPS) sono riportati in Tabella 1.

Tabella 1 – Item definitivi del Questionario sulla Percezione della Salute (QPS).

N	Item
1	La salute è voglia di vivere
2	Una persona in salute si sente libera
3	Una persona in salute è attiva
4	Dormire bene favorisce la salute
5	Una persona sana è capace di chiedere aiuto
6	Fare movimento fa bene alla salute
7	Se ho bisogno di cure costanti sono malato
8	Una corretta alimentazione favorisce la salute
9	Le persone in salute hanno una buona forma fisica
10	La salute è influenzata dalle relazioni sociali
11	Le persone in salute seguono una dieta vegetariana
12	La persona sana è in armonia con se stessa e con gli altri
13	Assumere farmaci è segno di malattia
14	L'assenza di preoccupazioni è salute
15	Avere il sostegno della famiglia favorisce la salute
16	Avere una vita sessuale soddisfacente è salute
17	Avere difficoltà relazionali può influire sulla salute
18	Essere in salute significa essere autonomi
19	La salute è influenzata dal benessere economico
20	La salute spirituale è importante
21	Essere in salute significa essere senza pensieri
22	L'assenza di dolore è un segno di buona salute
23	L'attenzione al proprio ambiente favorisce la salute
24	I problemi psicologici sono segno di malattia
25	In assenza di segni o disturbi fisici sono in salute
26	Una persona in salute previene le malattie
27	Una persona sana ha una vita sociale attiva
28	Le persone in salute non hanno vizi (droghe, alcool, fumo, gioco d'azzardo)
29	Essere in salute significa assenza di malattia
30	Avere un peso corretto vuol dire essere in salute
31	Una persona in salute si prende di cura sé
32	Avere un lavoro influisce sulla salute
33	La tranquillità è salute
34	Essere depressi significa essere malati
35	La mancanza di salute rende vulnerabili

Partecipanti e campionamento

Al fine di testare il questionario, è stato adottato

un campionamento di convenienza. Sono stati coinvolti soggetti italiani di età maggiore a 18 anni, in grado di rispondere ad un questionario cartaceo. Sono state escluse persone con deficit cognitivi. Dato l'argomento oggetto di studio (la salute), si è deciso di coinvolgere persone che non lavorassero in ambienti sanitari, onde evitare che le risposte dei partecipanti fossero influenzate dal contesto.

Setting

La raccolta dati si è svolta nell'Italia del nord da maggio a settembre 2018, in contesti di vita quotidiana.

Procedura di raccolta dati

Per la raccolta dati sono stati coinvolti 20 infermieri che hanno dato la disponibilità a partecipare allo studio, opportunamente formati. Essi hanno distribuito e raccolto il questionario tra la popolazione, in contesti di vita quotidiana. Il questionario era in formato cartaceo. Ogni collaboratore ha raccolto 20 questionari. Per favorire la creazione di un campione proporzionato, si è deciso di stratificare il campionamento per 4 fasce d'età (anni): 18-25; 26-44; 45-64; >64. In questo modo si raggiungeva un campione ipotetico di 400 soggetti.

Analisi dei dati

Le variabili continue o ordinali sono state sintetizzate tramite rispettivamente la media e la deviazione standard e la mediana e i quartili, mentre quelle ordinali tramite frequenze e percentuali.

Affidabilità

In questo studio è stata valutata l'affidabilità della consistenza interna, tramite il calcolo dell'alpha di Cronbach e l'affidabilità della stabilità attraverso il test-retest, ossia una quota di partecipanti alla validazione del questionario hanno ricompilato lo stesso a distanza di 15 giorni. È stata quindi calcolata l'*IntraClass Correlation (ICC)* tra le risposte date al test e le risposte date al retest (Polit and Beck, 2020).

Analisi fattoriale esplorativa

Per valutare la validità di costruito del questionario, è stata condotta l'analisi fattoriale

esplorativa, previa verifica dell'adeguatezza del campione tramite misura di Kaiser-Meyer-Olkin e test di sfericità di Bartlett. Confermata la possibilità di proseguire con l'analisi (KMO=0.82, $p < 0.001$) i fattori sono stati vagliati con il criterio di Kaiser (eigenvalue > 1). Si è ipotizzato di utilizzare la rotazione obliqua, attraverso l'algoritmo Oblimin, nel caso fosse presente più di un fattore. Trattandosi di domande articolate su scale Likert, è stata utilizzata una matrice di correlazioni tetracoriche (Yong and Pearce, 2013).

Altre analisi

Sono stati calcolati i livelli di accordo ai vari item all'interno del campione. Dopo avere dicotimizzato le risposte in accordo e disaccordo (assegnando alle risposte completamente d'accordo e d'accordo il valore 1 e completamente in disaccordo e in disaccordo il valore 0), sono state confrontate le frequenze di risposta agli item, considerando le variabili demografiche o riferite ad aspetti legati alla salute, quali per esempio genere, classe d'età, titolo di studio, malattia cronica, ricovero ospedaliero e assunzione di farmaci, utilizzando il test chi quadrato o di Fisher, se le frequenze nelle celle erano inferiori a 5 (Polit and Beck, 2020) Le analisi statistiche sono state effettuate tramite SPSS 21.0 (IBM corporation, 1989). La significatività statistica è stata considerata con un p value < 0,05.

Considerazioni etiche

Il questionario era accompagnato da una lettera che informava sugli obiettivi della ricerca. Nella lettera veniva precisato che sarebbe stato garantito l'anonimato e rispettata la privacy, secondo la normativa vigente. Lo studio ha seguito le linee guida di Helsinki (*The World Medical Association*, 2013) della ricerca clinica.

RISULTATI

Sono stati restituiti 385 questionari validi per l'analisi su 400 (tasso di risposta= 96%). Quindici questionari sono stati esclusi in quanto compilati per meno del 50%. Il campione era composto principalmente da donne (58,2%). La classe d'età maggiormente rappresentata era quella tra i 45 e 64 anni. Le caratteristiche dei partecipanti sono riportate in Tabella 2.

Tabella 2 – Caratteristiche dei partecipanti (n=385) (*Dati mancanti).

	n (%)
Genere *	
<i>Donne</i>	224 (58,3)
<i>Uomini</i>	160 (41,7)
Età	
<i>Da 18 a 25 anni</i>	92 (23,9)
<i>Da 26 a 44 anni</i>	101 (26,2)
<i>Da 45 a 64 anni</i>	109 (28,3)
<i>>64 anni</i>	83 (21,6)
Formazione*	
<i>Elementari</i>	31 (8,1)
<i>Medie</i>	54 (14)
<i>Superiori</i>	187 (48,6)
<i>Laurea di primo livello</i>	62 (16,1)
<i>Laurea Magistale</i>	43 (11,2)
<i>Dottorato</i>	4 (1)
<i>Nessuna formazione</i>	2 (0,5)
<i>Altro</i>	2 (0,5)
Assunzione di terapie *	
<i>Si</i>	158 (41,4)
<i>No</i>	224 (58,6)
Ricovero ospedaliero nell'ultimo anno *	
<i>Si</i>	94 (24,4)
<i>No</i>	290 (75,6)
Malattia cronica*	
<i>Si</i>	111 (28,9)
<i>No</i>	272 (71,1)

Analisi fattoriale esplorativa e affidabilità del questionario

Nel complesso, il modello ha spiegato il 44.2% della varianza. Le saturazioni fattoriali, valutate tramite il criterio di Stevens, hanno permesso di ritenere un solo fattore, mostrando la natura unidimensionale dello strumento. L'alpha di Cronbach è risultato essere di 0,86. Quaranta

partecipanti allo studio hanno aderito anche alla procedura del test-retest. Lo strumento ha dimostrato una discreta affidabilità della stabilità, con un ICC compreso tra 0,6 e 0,9 per tutti gli item. L'ICC e le saturazioni fattoriale sono riportate in Tabella 3.

Tabella 3 – IntraClass Correlation (ICC) e saturazione fattoriale (*IC 95%= intervallo di confidenza al 95%,

ICC: Intra Class Correlation).

Item	ICC	IC 95%*	p	Saturazione fattoriale	
I1	0,8	0,6	0,9	<0.0001	0,36
I2	0,7	0,4	0,8	<0.0001	0,36
I3	0,7	0,5	0,9	<0.0001	0,40
I4	0,7	0,5	0,9	<0.0001	0,31
I5	0,8	0,5	0,9	<0.0001	0,43
I6	0,7	0,4	0,8	<0.0001	0,27
I7	0,8	0,6	0,9	<0.0001	0,27
I8	0,6	0,3	0,8	0.002	0,26
I9	0,5	0,1	0,7	<0.0001	0,52
I10	0,7	0,4	0,8	<0.0001	0,43
I11	0,7	0,5	0,8	<0.0001	0,28
I12	0,6	0,2	0,8	0.005	0,53
I13	0,7	0,5	0,9	<0.0001	0,30
I14	0,8	0,6	0,9	<0.0001	0,54
I15	0,8	0,6	0,9	<0.0001	0,46
I16	0,6	0,3	0,8	<0.0001	0,31
I17	0,8	0,6	0,9	<0.0001	0,35
I18	0,8	0,7	0,9	<0.0001	0,63
I19	0,7	0,5	0,8	<0.0001	0,42
I20	0,9	0,8	0,9	<0.0001	0,34
I21	0,7	0,4	0,8	<0.0001	0,41
I22	0,7	0,5	0,9	<0.0001	0,55
I23	0,9	0,8	0,9	<0.0001	0,46
I24	0,7	0,5	0,9	<0.0001	0,35
I25	0,8	0,7	0,9	<0.0001	0,42
I26	0,8	0,6	0,9	<0.0001	0,52
I27	0,8	0,6	0,9	<0.0001	0,57
I28	0,6	0,3	0,8	<0.0001	0,53
I29	0,9	0,7	0,9	<0.0001	0,28
I30	0,7	0,5	0,9	<0.0001	0,59
I31	0,6	0,3	0,8	0.002	0,57
I32	0,6	0,3	0,8	<0.0001	0,34
I33	0,8	0,6	0,9	<0.0001	0,44
I34	0,7	0,4	0,8	<0.0001	0,30
I35	0,7	0,4	0,8	0.001	0,36

Grado di accordo con gli item e confronto tra alcune variabili indipendenti

Il grado di accordo dei partecipanti agli item è riportato in Tabella 4. In Tabella 5 vengono riportate gli item che hanno dato risultati diversi in maniera significativa, considerando le

variabili genere, classe d'età, assunzione di terapie, presenza di malattia cronica. Non emergono differenze significative tra chi è stato o meno in ospedale.

Tabella 4 – Grado di accordo con gli item (*Dati mancanti (compresi tra un minimo di 1 ad un massimo 6 (<2%)).

ITEM	Completamente in disaccordo n (%)	In disaccordo n (%)	D'accordo n (%)	Completamente d'accordo n (%)
I1*	3 (0,8)	42 (11)	187 (48,8)	151 (39,4)
I2	3 (0,8)	46 (11,9)	203 (52,7)	133 (34,6)
I3*	2 (0,5)	32 (8,3)	199 (51,8)	151 (39,4)
I4*	1 (0,3)	4 (1)	152 (39,7)	226 (59)
I5*	12 (3,1)	74 (19,4)	226 (59,2)	70 (18,3)
I6*	1 (0,3)	3 (0,8)	118 (30,8)	261 (68,1)
I7*	10 (2,6)	134 (35,2)	181 (47,5)	56 (14,7)
I8	0	8 (2,1)	161 (41,8)	216 (56,1)
I9*	6 (1,6)	117 (30,5)	202 (52,6)	59 (15,3)
I10*	4 (1)	84 (21,9)	222 (58)	73 (19,1)
I11	172 (44,7)	186 (48,3)	21 (5,5)	6 (1,5)
I12*	9 (2,3)	91(23,7)	193 (50,3)	91 (23,7)
I13	28 (7,3)	196 (50,9)	138 (35,8)	23 (6)
I14*	38 (9,9)	177 (46)	134(34,9)	35 (9,2)
I15*	2 (0,5)	53 (13,8)	237 (61,7)	92 (24,5)
I16*	8 (2,1)	67 (17,6)	231 (60,8)	74 (19,5)
I17*	4 (1)	58 (15,1)	258 (67,2)	64 (16,7)
I18	11 (2,9)	130 (33,8)	174 (45,2)	70 (18,1)
I19	21 (5,5)	131 (34)	201 (52,2)	32 (8,3)
I20*	18(4,7)	67 (17,6)	211 (55,4)	85 (22,3)
I21*	73 (19)	240 (62,5)	59 (15,4)	12 (3,1)
I22	54 (14)	192 (49,9)	111 (28,8)	28 (7,3)
I23	2 (0,5)	41 (10,6)	269 (69,9)	73 (19)
I24	7 (1,8)	138 (35,8)	197 (51,2)	43 (11,2)
I25*	34 (8,9)	230 (60,4)	107 (28,1)	10 (2,6)
I26	15 (3,9)	153 (39,7)	184 (47,8)	33 (8,6)
I27*	8 (2,1)	139 (36,2)	208 (54,2)	29 (7,5)
I28*	30 (7,8)	188 (49)	127 (33,1)	39 (10,1)
I29*	8 (2,1)	169 (44,2)	165 (43,2)	40 (10,5)
I30	7 (1,8)	127 (33)	218 (56,6)	33 (8,6)
I31*	2 (0,5)	55 (14,4)	242 (63,2)	84 (21,9)
I32*	11 (2,9)	64 (16,7)	227 (59,1)	82 (21,3)
I33	4 (1)	75 (19,5)	234 (60,8)	72 (18,7)
I34*	7 (1,8)	99 (25,8)	210 (54,7)	68 (17,7)
I35	5 (1,3)	26 (6,8)	231 (60,5)	120 (31,4)

Tabella 5 – Differenze significative nel grado di accordo tra alcuni item, considerando le principali variabili indipendenti (^Test Chi quadrato; *dati mancanti; °sono state considerate le percentuali di colonna).

Item	Grado di accordo	Genere		p-value [^]		
		F(N%)	M(N%)			
I 5	accordo	180(81) [°]	116(73)	0,04		
	disaccordo	42(18,9)	43(27)			
I 20	accordo	181(82)	114(71,7)	0,013		
	disaccordo	40(18)	45(28,3)			
Assunzione terapia*						
		Si(N%)	No(N%)	p-value		
I 10	accordo	111(71,1)	183(81,7)	0,011		
	disaccordo	45(28,9)	41(18,3)			
I 19	accordo	83(52,5)	149(66,5)	0,004		
	disaccordo	75(47,5)	75(33,5)			
Malattia cronica*						
		Si(N%)	No(N%)	p-value		
I 13	accordo	61(55)	100(37)	0,001		
	disaccordo	50(45)	172(63)			
I 14	accordo	63(57)	105(38)	0,001		
	disaccordo	48(43)	166(62)			
I 25	accordo	43(39)	74(27,3)	0,015		
	disaccordo	66(61)	197(72,7)			
I 28	accordo	57(51,8)	109(40)	0,04		
	disaccordo	53(48,2)	163(60)			
	Grado di accordo	Classe d'età*				
		18-25 (N%)	26-44 (N%)	45-64 (N%)	>64 (N%)	p-value
I 2	accordo	71(77,2)	93(92,1)	99(90,8)	73(88)	0,008
	disaccordo	21(22,8)	8(7,9)	10(9,2)	10(12)	
I 7	accordo	50(54,3)	54(53,5)	72(67,3)	61(75,3)	0,005
	disaccordo	42(45,7)	47(46,5)	35(32,7)	20(24,7)	
I 13	accordo	25(27,2)	35(34,6)	48(44)	53(63,8)	<0,0001
	disaccordo	67(72,8)	66(65,4)	61(56)	30(36,2)	
I 14	accordo	26(28,3)	35(34,7)	56(51,8)	52(62,7)	<0,0001
	disaccordo	66(71,7)	66(65,3)	52(48,2)	31(37,3)	
I 22	accordo	36(39,1)	40(39,6)	27(24,7)	36(43,4)	0,031
	disaccordo	56(60,9)	61(60,4)	82(75,3)	47(56,6)	
I 25	accordo	21(22,8)	25(24,8)	27(25)	44(55)	<0,0001
	disaccordo	71(77,2)	76(75,2)	81(75)	36(45)	
I 28	accordo	36(39,1)	30(29,7)	52(47,7)	48(58,5)	0,001
	disaccordo	56(60,9)	71(70,3)	57(52,3)	34(41,5)	

DISCUSSIONE

Questo studio aveva l'obiettivo di sviluppare e validare un questionario per comprendere il concetto di salute nelle persone adulte nel contesto italiano. Il questionario creato ha dimostrato una buona validità di contenuto, secondo il parere degli esperti, e una buona affidabilità della consistenza interna (alpha di Cronbach=0,86), il quale permette di affermare come gli item realizzati siano coerenti tra loro nel valutare il costrutto oggetto di studio.

Esso ha inoltre dimostrato una buona affidabilità della stabilità, mantenendo per tutti gli item una ICC compresa tra 0.6 e 0.8. Ciò significa che nella maggior parte degli item, la risposta dell'intervistato rimane stabile in due misurazioni distanziate nel tempo. L'analisi fattoriale esplorativa ha dimostrato la monodimensionalità del costrutto di salute indagato.

Per quanto concerne il grado di accordo, su alcuni item vi è un sostanziale disaccordo da parte della popolazione indagata negli item 11 (le persone in salute seguono una dieta

vegetariana), 13 (Assumere farmaci è segno di malattia), 14 (L'assenza di preoccupazioni è salute) 21 (Essere in salute significa essere senza pensieri), 22 (L'assenza di dolore è un segno di buona salute), 25 (In assenza di segni o disturbi fisici sono in salute) e 28 (Le persone in salute non hanno vizi (droghe, alcool, fumo, gioco d'azzardo)). Tutti questi item sono indicativi di come il concetto di salute sia un concetto relativo e non assoluto e che la salute sia un processo adattativo. I partecipanti hanno infatti evidenziato come la salute non sia assumere farmaci, piuttosto che non avere pensieri o non avere vizi o non avere dolore. Nell'adattamento alle proprie condizioni, anche di malattia, una persona può infatti trovare un livello di salute accettabile, che gli consente di autogestirsi nella vita quotidiana (Godlee, 2011; Huber et al., 2011; Spinsanti, 2012). In questo senso viene posto in luce il concetto di benessere, che può essere raggiunto anche in presenza di una malattia cronica e invalidante, come confermato dalla letteratura (Godlee, 2011; Huber et al., 2011; Spinsanti, 2012). Ciò

che è emerso è che molti degli item con i quali i soggetti sono più in accordo riguardano aspetti legati all'armonia con sé stessi e con gli altri (item 12), l'autonomia (item 18), il mantenimento di una vita sana ed equilibrata (item 30, 31, 32, 33), considerando inoltre la dimensione spirituale (item 20) e l'ambiente (23).

Come anche riportato in letteratura emerge quindi un concetto di salute positiva, più che di salute legata alla malattia, (Huber et al., 2016, 2011) i cui determinanti si muovono dagli strati interni - rappresentati dagli stili di vita individuali - verso quelli più esterni, rappresentati dalle reti sociali e comunitarie e dall'ambiente di vita (International Council of Nurses (ICN), 2019).

Considerando le principali variabili sociodemografiche, si può osservare che la maggior parte delle differenze rispetto al grado di accordo si presenta in relazione alle diverse classi d'età. Nella classe d'età più giovane sembra evidenziabile un minor accordo sul fatto che una persona in salute si senta libera (Item 2). Per ciò che concerne le altre differenze su queste variabili, le persone più anziane sembrano avere una maggior idea di salute legata agli aspetti puramente fisici. Vi è infatti un maggior accordo su alcuni item come, per esempio, il 7 (se ho bisogno costante di cure sono malato), il 13 (assumere farmaci è segno di malattia), il 22 (l'assenza di dolore è un segno di buona salute), il 25 (in assenza di segni o disturbi fisici sono in salute). Questa differenza generazionale potrebbe essere legata all'evoluzione del concetto di salute nel tempo, ma anche all'insorgenza di maggiori problemi di salute fisici dovuti all'invecchiamento.

Vi sono poi differenze significative negli item per quanto riguarda la presenza o meno di una malattia cronica. A titolo di esempio, chi ha una malattia cronica percepisce meno accordo sull'item 13 (assumere farmaci è segno di malattia), testimoniando come anche in presenza di una condizione di malattia, sia possibile mantenere un equilibrio, non considerando mancanza di salute qualsiasi condizione che richieda l'assunzione di farmaci (Kovács, 1998; Salvador-Carulla et al., 2014). Infine, si presentano delle differenze significative in alcuni item considerando il genere. C'è infatti un maggior accordo nel genere femminile sull'item 5 (una persona sana è capace di chiedere aiuto) e sull'item 20 (la salute spirituale è importante). Questo risultato è in linea con la letteratura, che riporta differenze nella percezione dei determinanti della salute tra donne e uomini (Denton et al., 2004).

L'applicazione del questionario QPS potrebbe risultare di grande importanza nella pratica infermieristica. La presente indagine conferma infatti che la salute non è solo assenza di malattia, ma è anche e soprattutto un processo

adattivo, attraverso una ricerca del proprio equilibrio e che la costruzione del concetto di "salute" è insita nella quotidianità, nonostante un trauma, una disabilità, una malattia. La conoscenza di questi meccanismi adattivi darà la possibilità agli infermieri di modificare la pratica clinica, in modo da favorire lo sviluppo di tali adattamenti, intervenendo sulla comprensione del significato di salute, su come affrontare gli stimoli che hanno generato i significati e con quale motivazione. Molti degli item proposti nel questionario sono infatti correlabili ad interventi infermieristici di educazione sanitaria item 6 (Fare movimento fa bene alla salute), item 9 (Le persone in salute hanno una buona forma fisica), item 28 (Le persone in salute non hanno vizi (droghe, alcool, fumo, gioco d'azzardo), item 30 (Avere un peso corretto vuol dire essere in salute) e quindi inseribili negli interventi assistenziali infermieristici. Altri invece, come ad esempio l'item 22 (L'assenza di dolore è un segno di buona salute) orientano i professionisti infermieri a porre attenzione nel processo di cura ad alcuni aspetti specifici come, ad esempio, la gestione il dolore e come la sua presenza influisca sulla percezione globale del concetto di salute nelle persone.

Indagare con un questionario il significato e di salute che ogni persona attribuisce in modo individuale, orienta i professionisti nella scelta di interventi assistenziali specifici e differenti in base ai significati identificati, favorendo una cura personalizzata, che tiene conto della cultura, del contesto sociale e delle attese dei destinatari della cura (Santana et al., 2018).

Limiti e punti di forza

Alcuni limiti di questo studio potrebbero essere: in primo luogo, la prevalente raccolta dati nel contesto del nord Italia, Data la variabilità culturale e il diverso contesto sociale e sanitario presente nelle regioni del nostro Paese potrebbero esserci differenti costruzioni dei significati; i risultati, quindi, devono essere considerati alla luce di ciò. Un altro limite è il fatto che non sia stata effettuata una selezione casuale delle persone coinvolte nello studio. Un ulteriore limite è la natura cross-sectional dello studio, che non permette di stabilire con certezza la relazione causa-effetto tra le variabili sociodemografiche e il grado di accordo ai diversi item.

Punti di forza del questionario sono la semplicità di linguaggio con cui è stato costruito e quindi la possibile adattabilità a differenti livelli culturali; la compilazione richiede un tempo limitato e pur essendo stato somministrato e validato in forma cartacea, per ulteriori studi potrebbe essere trasformato in un formato digitale, divulgabile su campioni più ampi di soggetti. Tuttavia, questo potrebbe mettere in

difficoltà le classi di età più elevate, in quanto meno avvezze all'utilizzo dei sistemi digitali. Un ulteriore punto di forza è il fatto che il questionario è stato in grado di discriminare le diverse percezioni di salute, quando sono stati confrontati i livelli di accordo, considerando le variabili sociodemografiche. Questo sottolinea che lo strumento possiede buone capacità psicometriche ed in grado di differenziare il concetto di salute, quando indagato in una popolazione eterogenea.

CONCLUSIONI

Il questionario creato ha mostrato buone proprietà psicometriche e la capacità di discriminare tra popolazioni e soggetti diversi il costrutto di salute. Emerge dall'indagine come il concetto di salute sia un concetto relativo e non assoluto e che la salute sia un processo adattativo. Non per forza avere sintomi o essere portatori di una patologia, comporta quindi sentirsi "non in salute". Lo studio è stato effettuato nel periodo precedente l'ondata pandemica da Covid 19. Sviluppo futuro della ricerca potrebbe essere quello di ripetere l'indagine, al fine di comprendere se il concetto di salute sia cambiato e in che termini in seguito a questa drammatica fase storica. Il questionario potrebbe essere utile, inoltre, nell'indagare periodicamente il concetto di salute, per vedere come esso cambia nel tempo e adattare di conseguenza l'attività clinica e gli obiettivi di ricerca. Infine, i futuri ricercatori potrebbero pensare di sviluppare modelli di accertamento infermieristico che considerino anche i significati più profondi e personali del concetto di salute, per favorire sempre di più una cura centrata sulla persona.

Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Lo studio è stato autofinanziato dall'Accademia Scienze Infermieristiche.

Ringraziamenti

Gli autori intendono ringraziare tutte le persone che hanno dedicato il loro tempo a questo progetto e in particolare coloro che hanno aiutato nella raccolta dati, tutti/e i/le partecipanti alla survey, e gli esperti che hanno valutato il contenuto dello strumento.

BIBLIOGRAFIA

Antonovsky, A., (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* 11, 11–18.

- Ardigò, A., (1997). *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: Franco Angeli.
- Basaglia, F., (1968). Rovesciamento istituzionale e finalità comune. *L'istituzione negata: Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Einaudi 321–335.
- Basaglia, F., (1965). Potere ed istituzionalizzazione. *Dalla vita istituzionale alla vita di comunità*. Accademia Italiana di Scienze Biologiche e Morali 263–276.
- Botter, C., Nobile, S., Arcadi, P., Bonetti, L., Bonfadini, S., Demarchi, A., Fortunato, A., Motta, P.C., Perri, M., Salvini, L., (2019). Cos'è la salute per te? Studio qualitativo sul significato di salute percepito dai cittadini. *L'infermiere* 56, e81–e93.
- Cardano, M., Giarelli, G., Vicarelli, G., (2020). *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino.
- Denton, M., Prus, S., Walters, V., (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med* 58, 2585–2600. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.008>.
- Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, (2019). *Commentario al Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*. Disponibile a: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiYoLTkosCBAXUXrKQKHUutCIMQFnoECBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.fnopi.it%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F06%2FCommentario-CD-.pdf&usg=AOvVaw2y7oYjITYVeB5ubzpmEjZS&opi=89978449>.
- Godlee, F., (2011). What is health? *BMJ*. 343, d4817.
- Hinkin, T.R., Tracey, J.B., Enz, C.A., (1997). Scale construction: Developing reliable and valid measurement instruments. *J Hosp Tour Res* 21, 100–120. <https://doi.org/10.1177/109634809702100108>.
- Hsu, C.C., Sandford, B.A., (2007). The Delphi technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation* 12, 1–8.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H.V.D., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M.V. der, (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4163.
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., Knottnerus, J.A., (2016). Towards a "patient-centred" operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open* 6, e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>.
- Husserl, E., (2015). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il saggiatore.

- IBM corporation, I.B.M., (1989). IBM SPSS Statistics 21 Brief Guide.
- International Council of Nurses (ICN), (2019)., Health For All. Nursing, global health and universal health coverage. Disponibile a: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiUqMXRscCBAXUX3AIHHakFAHEQFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2F2019.icnvoicetolead.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F04%2FICN_Desig_n_EN.pdf&usg=AOvVaw03FOEqRbzDxWdSNeOgtAq&opi=89978449.
- Iwamoto, S., (2023). Developing a Theory of Community Caring for Public Health Nursing. *Healthcare* 11, 349. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030349>.
- Kovács, J., (1998). The concept of health and disease. *Med Health Care and Philos* 1, 31–39.
- Mittelmark, M.B., Bauer, G.F., Vaandrager, L., Pelikan, J.M., Sagy, S., Eriksson, M., Lindström, B., Magistretti, C.M., (2022). The handbook of salutogenesis. (2nd ed.). Springer.
- Parsons, T., (1978). Health and disease: a sociological and action perspective. *Action theory and the human condition*, 66–81.
- Parsons, T., (1971). Sistemi di società: Le società tradizionali. Bologna: Il mulino. Polit, D.F., Beck, C.T., (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 11th ed. Los Angeles: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salvador-Carulla, L., Lucas, R., Ayuso-Mateos, J.L., Miret, M., (2014). Use of the terms "Wellbeing" and "Quality of Life" in health sciences: a conceptual framework. *Eur J Psychiatry* 28, 50–65.
- Simonelli, I., Simonelli, F., (2012). Atlante concettuale della salutogenesi: modelli e teorie di riferimento per generare salute. FrancoAngeli, Milano.
- Spinsanti, S., (2012). Salute e malattia tra definizioni e potere. *Janus, Scienza, Etica e Cultura* 6, 6–9.
- The World Medical Association, (2013). Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
- Topp, C.W., Østergaard, S.D., Søndergaard, S., Bech, P., (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychother Psychosom* 84, 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>.
- United Union, (2020). Decade of action. Ten years to transform our world. Disponibile a <https://www.un.org/sustainabledevelopment/decade-of-action/>.
- Ware, J.E., Gandek, B., (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 51, 903–912. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00081-X).
- Watson, J., (2013). Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring. CEA, Milano.
- Watson, J., Woodward, T., (2020). Jean Watson's Theory of Human Caring. SAGE Publications Limited.
- Yong, A.G., Pearce, S., (2013). A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis. *Tutor Quant Methods Psychol.* 9, 2, 79-94. <https://doi.org/10.20982/tqmp.09.2.p079>.