

## Pratiche ed Interventi per migliorare la Health Literacy

### Introduzione

Ogni giorno le persone vivono situazioni dove si trovano a fare scelte che riguardano la propria salute, ad esempio adottando uno stile di vita salutare o acquistando un certo farmaco. L'attenzione sul ruolo del paziente come soggetto attivo cui deve essere garantito il diritto di scelta della cura, si accompagna alla necessità di comprendere ed utilizzare informazioni per prendere decisioni informate ed intraprendere azioni volte a proteggere e promuovere la propria salute. Le società moderne però vivono una contraddizione intestina che si ripercuote sulla facilità del cittadino di sapere fare la scelta migliore per se; infatti da un lato alle persone viene sempre più richiesto di avere un ruolo attivo e consapevole nelle scelte di vita e di sapersi muovere nei sistemi sanitari, anche per i bisogni dei propri familiari, dall'altro però la società stessa rende difficile questo compito "vendendo" stili di vita non sani, strutturando organizzazioni sanitarie sempre più complesse e difficilmente navigabili da tutti, non fornendo strumenti formativi ed educativi per affrontare adeguatamente questo compito.

Da qui nasce l'esigenza di studiare, rafforzare e promuovere la health literacy (HL) a livello individuale, di popolazione e di organizzazione sanitaria.

### Il concetto di Health Literacy (un rapido excursus)

La literacy in italiano l'alfabetizzazione indica la capacità di un individuo di leggere, scrivere e fare calcoli (Unesco, 2003) o, in una forma un po' più estensiva, "comprendere, utilizzare e riflettere sui testi al fine di raggiungere i propri obiettivi, sviluppare le proprie conoscenze e le proprie potenzialità e svolgere un ruolo attivo nella società" (OECD, 2007).

Quando la literacy entra nell'ambito della salute si parla di HL, ovvero la competenza nel saper leggere, decodificare ed elaborare informazioni sulla propria salute che vanno dal comprendere un referto medico all'orientarsi all'interno dei servizi sanitari, al compiere scelte consapevoli a favore della proprio benessere.

La paternità del concetto appartiene a S. K. Simonds (1974) e risale agli anni '70; gli studi sulla HL vedono un'applicazione prevalente negli Stati Uniti e in Canada e solo più recentemente a livello internazionale.

Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità inserisce il termine HL nel Glossario di Promozione della Salute riferendosi alle "abilità cognitive e sociali che determinano le capacità e la motivazione delle persone per comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e mantenere una buona salute".

Nel 2000 Nutbeam propone un modello a tre livelli che, in maniera progressiva, consente ai singoli e alla comunità di sviluppare una crescente autonomia nel prendere decisioni riguardanti la salute e di incrementare l'empowerment personale:

- *functional HL* – si riferisce alla capacità di leggere e comprendere di informazioni fornite da medici, farmacisti ed altri operatori di salute e di agire di conseguenza, ad esempio assumendo in modo corretto farmaci e programmando le visite mediche.
- *Interactive HL* – si riferisce alla capacità di comprendere, valutare ed utilizzare informazioni di salute derivanti da fonti diverse per scegliere in modo consapevole, riducendo i rischi e migliorando la qualità di vita. A questo livello l'individuo è in grado di confrontarsi col medico e condividere le proprie conoscenze con i pari (ad es. gruppi di discussione on-line).
- *Critical HL* – si riferisce alla capacità di muoversi all'interno del sistema sanitario essendo a conoscenza dei propri diritti di paziente; di riconoscere la qualità dei servizi offerti;

valutare in modo critico le informazioni ed i messaggi di salute; di agire per il miglioramento del benessere individuale e collettivo prendendo parte in modo attivo al sistema sociale e politico.

Il bagaglio di HL di ogni individuo è socialmente situato (Nutbeam 2009),, è cioè strettamente dipendente dal contesto di vita – pubblica e privata – del paziente. In base a questa osservazione, la HL è raggruppata in Clinical Health Literacy (Pleasant & Kuruvilla, 2008) che si riferisce alla HL propria dell'individuo come paziente e il cui setting di formazione è il sistema sanitario; e la Public Health Literacy (Freedman et al.,2009) che si riferisce alla HL propria della popolazione, il cui setting formativo coinvolge vari agenti veicolanti, dalla famiglia, alla scuola, ai mass media.

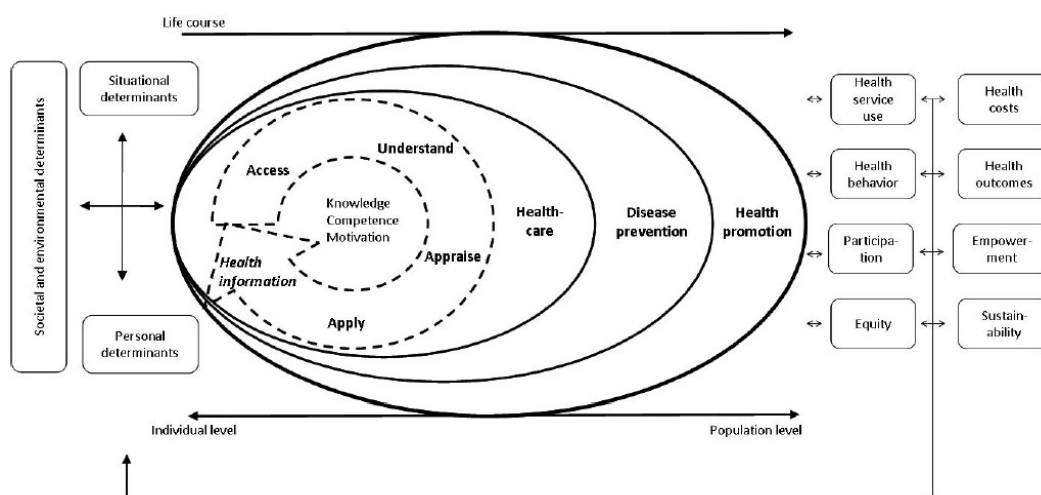
Da quanto detto finora, si desume che la HL è un concetto che supera la dimensione individuale per legarsi in interazione dinamica con la comunità e la società, così come definita da Tonnie (2011). La HL quindi è un concetto contestuale (ambientale) e relazionale.

Tenuto conto di tutte queste implicazioni del concetto di HL, nel 2012 Sørensen ed i suoi collaboratori prendono in esame circa 20 definizioni e modelli concettuali di HL, integrandoli in una unica, ampia e inclusiva descrizione evidence-based (schematizzata nella figura 1):

“La HL è legata al saper leggere e scrivere e riguarda le conoscenze, le motivazioni e le competenze delle persone ad accedere, comprendere, valutare e mettere in pratica le informazioni per esprimere giudizi e prendere delle decisioni nella vita di tutti i giorni riguardanti l'assistenza sanitaria, la prevenzione e la promozione della salute per mantenere e migliorare la qualità della vita per tutto il suo corso”.

Nella figura 1 osserviamo che la HL occupa la parte centrale dello schema, alla sua sinistra sono indicati i fattori prossimali e distali che la influenzano (antecedenti), e a destra gli outcome (conseguenti).

La conoscenze, le competenze e le motivazioni rappresentano, secondo il modello di Sørensen, il cuore della HL, contraddistinguendola dalla singola acquisizione di conoscenze (aspetto meramente nozionistico) o di competenze (abilità raggiunte con l'addestramento), e sono finalizzate all'accesso, alla comprensione, alla valutazione e alla messa in pratica delle informazioni sulla salute durante tutto il corso della vita. Questo processo è associato a tre domini (suddivisi in 12 sottodimensioni) cura, prevenzione e promozione della salute, che rappresentano una progressione dalla prospettiva individuale a quella collettiva, inglobandone sia la visione clinica che quella di sanità pubblica (tabella1).



**Figura 1 – Il modello concettuale di HL, determinanti e outcome (Sørensen et al. 2012)**

	Access/obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Process/appraise information relevant to health	Apply/use information relevant to health
<b>Health care</b>	Ability to access information on medical or clinical issues	Ability to understand medical information and derive meaning	Ability to interpret and evaluate medical information	Ability to make informed decisions on medical issues
<b>Disease prevention</b>	Ability to access information on risk factors for health	Ability to understand information on risk factors and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health	Ability to make informed decisions on risk factors for health
<b>Health promotion</b>	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment

**Tabella 1 – I 3 domini e le 12 subdimensioni di HL (Sørensen et al. 2012)**

Nella figura 1, a sinistra, sono rappresentati 3 macro-ambiti, che ricomprendono quei numerosi fattori che influenzano la HL di individui e di popolazioni (età, genere, livello d'istruzione, alfabetizzazione, esperienze di malattia, livello socioeconomico, occupazione, padronanza linguistica, background culturale, presenza di disabilità fisiche o deterioramento cognitivo, limitazioni nella vista o nell'udito, oltre a determinanti legati al contesto, quali l'influenza della famiglia e dei pari, le condizioni sociali e ambientali nei quali ci si trova a vivere). Il contesto di vita – e di cura – può da un lato compensare gli effetti di una bassa HL, favorendo la comunicazione e la fruibilità delle informazioni inerenti alla salute da parte di coloro che hanno maggiore difficoltà e, dall'altro, diventare l'occasione per far aumentare il livello di HL di individui e popolazioni.

A tal proposito è importante ed interessante osservare che la Australian Commission on Safety and Quality in Health Care fa riferimento al concetto di “health literacy environment” riferendosi a sistemi, organizzazioni, scelte politiche, procedure, protocolli adottati a livello nazionale, regionale e locale in grado di rendere più semplice per i cittadini navigare, comprendere ed utilizzare informazioni e servizi che riguardano la salute. Come sottolineato anche dall'Institute of Medicine le organizzazioni sanitarie giocano un ruolo di rilievo e sono definite health-literate qualora riconoscano il valore della HL e la integrino nei processi di erogazione delle cure, nel modello organizzativo e nei processi comunicativi.

Da qui si conviene che le azioni volte al miglioramento della HL possono essere dirette agli individui, alla popolazione, ma anche alle organizzazioni sanitarie.

La figura 1 mostra inoltre che, come messo in evidenza da molti studi, la HL influenza i comportamenti e l'uso dei servizi sanitari, con conseguenze in termini di outcome di salute e di costi per l'individuo e la collettività. Una bassa HL risulta associata a errori, esposizione a fattori di rischio, problemi di sicurezza del paziente, uso improprio dei servizi sanitari, mancata adesione a campagne di screening di popolazione, con conseguente peggioramento dello stato di salute, anche in termini di salute percepita. Di contro, elevati livelli di HL comportano la partecipazione al dibattito pubblico e privato su temi inerenti la salute, con conseguente impatto in termini di crescita culturale della popolazione e advocacy realizzabile. L'aumento del livello di HL di individui e popolazioni porta al progressivo incremento dei livelli di autonomia e a un empowerment fondato sulla conoscenza diretta dei fenomeni per realizzare l'autogestione della propria salute e la partecipazione attiva ai percorsi di cura. In tale prospettiva, dunque, la HL assume dignità di determinante di salute, con un forte impatto in termini di equità e sostenibilità dei sistemi sanitari e, più in generale, delle opportunità di miglioramento della qualità della vita di individui e popolazioni.

Data questa definizione si evince che la HL implica l'empowerment dell'individuo, quel processo cioè attraverso cui le persone ottengono un maggior controllo sulle loro vite, sulla loro salute e sui loro determinanti e un risultato che riflette la capacità delle persone di influenzare il mondo. Rafforzare la HL di un individuo significa responsabilizzarlo socialmente, in quanto cittadino,

lavoratore, consumatore e paziente, per sapere prendere le decisioni più opportune per la propria salute.

## Misurare la Health Literacy

Come la literacy anche la HL può essere misurata a livello individuale, organizzativo, di comunità, di popolazione.

A livello individuale sono stati proposti vari questionari, la maggior parte dei quali però rilevano la functional HL.

Nonostante la crescente attenzione rivolta al concetto tra i responsabili delle politiche sanitarie europee, le informazioni sulla HL in Europa rimangono scarse. Per risolvere questa lacuna, un consorzio di nove organizzazioni di otto Stati membri dell'UE (Austria, Bulgaria, Germania, Grecia, Irlanda, Paesi Bassi, Polonia e Spagna) ha lanciato il Progetto europeo di alfabetizzazione sanitaria (HLS-EU) per condurre la prima indagine comparativa europea sulla HL (2012).

La survey, che si rifà al modello concettuale in figura 1 e tabella 1, rileva che il 12% degli intervistati ha una HL inadeguata e il 35% una HL problematica: la scarsa HL in Europa non è quindi il problema di una minoranza della popolazione.

Vari studi mettono in evidenza la HL con i suoi determinanti o con gli outcome di salute; generalmente sono studi che riguardano sottogruppi di popolazione per malattia, diabete, oncologica, coronarica, respiratoria, ecc. Pochi studi riguardano le associazioni tra HL e la popolazione generale.

Sul piano dell'organizzazione sanitaria, l'Institute of Medicine of the United States National Academy of Sciences (2012) ha individuato un set di 10 caratteristiche che le organizzazioni sanitarie dovrebbero possedere per essere health literacy friendly, cioè delle *Health Literate Health Care Organizations* (HLHO). I 10 criteri individuati possono applicarsi a qualsiasi sistema organizzativo e non hanno una valenza prescrittiva, ogni sistema cioè potenzierà la strategia più adatta per rafforzare la HL in base alla popolazione di riferimento.

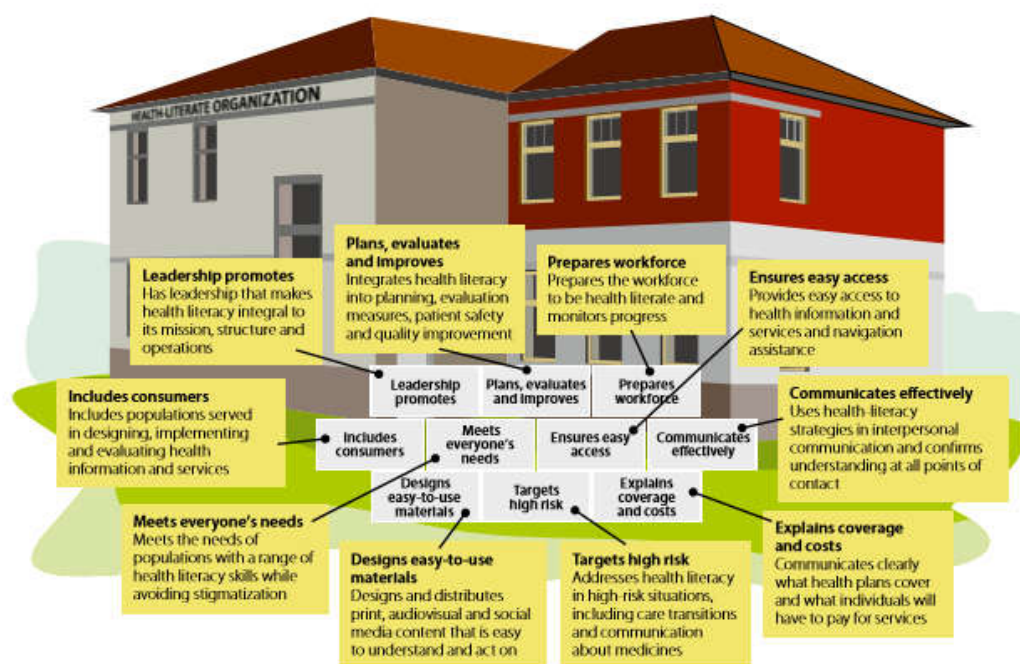


Figura 2 – Fondamenti di una organizzazione health literate

### *I determinanti*

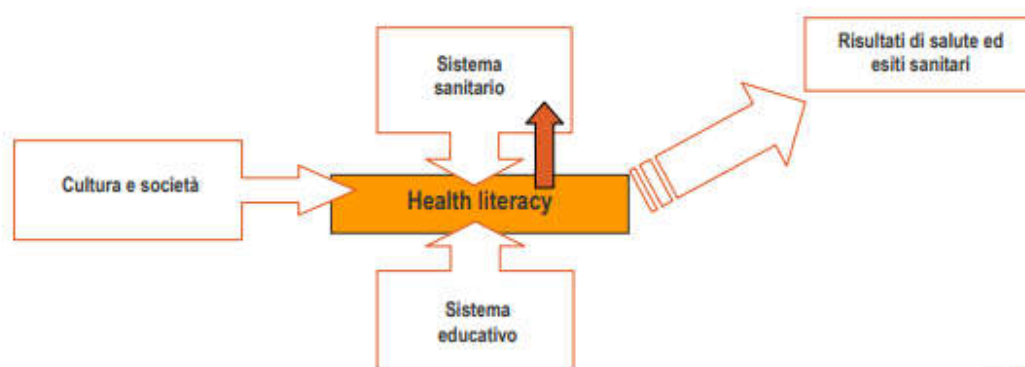
Guardando il versante della HL relativo agli individui (e non alla organizzazione) i determinanti prevalentemente associati alla bassa HL sono relativi a gruppi di individui con basso status socio-economico, un basso livello di istruzione, reddito insufficiente per pagare un intervento sanitario (un professionista o un farmaco); sono le minoranze etniche, persone con scarsa padronanza della lingua nazionale, sono persone anziane, coloro che riferiscono un peggiore stato di salute autopercepito, limitazioni nelle attività dovute a problemi di salute e malattie croniche. Per questi gruppi di popolazione, indicati come “vulnerabili”, la bassa HL implica la mancata capacità di gestire efficacemente la propria salute, di accedere ai servizi sanitari, di comprendere le informazioni disponibili e pertinenti e di prendere decisioni informate sulla salute.

### *Gli outcome*

Dal punto di vista degli outcome, la bassa HL è viene associata alle riammissioni ospedaliere; all'elevato numero di accessi al PS e di visite dal proprio medico di famiglia; accessi non appropriati alle cure; al peggiore stato di salute riferito e in generale alla cattiva percezione della HRQoL; alla più alta mortalità; alla mancanza di aderenza terapeutica e alla assunzione scorretta di farmaci; alla crescita del costo dei servizi di cura; ad indicatori psicosociali (ad esempio elevati livelli di ansia) e di supporto sociale (bassi o assenti);

La HL è associata inoltre a comportamenti non salutistici, in particolare la mancanza di attività fisica (a cui si associa il sovrappeso), le cattive abitudini alimentari, il fumo ed il consumo di alcol. Molti interventi promossi in questi ambiti sono indicati come interventi di educazione alla salute, promozione di salute, ecc. piuttosto che di HL. Gli interventi in questi settori devono andare ad aumentare la conoscenza o l'autoefficacia o a cambiare il comportamento, funzionano cioè indirettamente sui risultati.

### **Misure di intervento possibili – I setting della Health Literacy**



**Figura 3 – I setting della Health Literacy**

Già abbiamo detto che la HL è un concetto ambientale e relazionale: alla sua formazione contribuiscono cioè le informazioni ed i messaggi trasmessi nei diversi setting socio-culturali (HL come ambiente) con cui l'individuo entra in contatto nella sua vita, da quelli formali (come ad esempio la scuola o il sistema sanitario) a quelli informali, come la famiglia o i gruppi di pari. I programmi di HL non possono concentrarsi esclusivamente sulle capacità acquisite del singolo individuo, ma devono tenere in debito conto dell'interazione fra di essi e del suo potenziale in termini formativi (HL come relazione).

Negli ultimi 20 anni sono stati sviluppati molti approcci e strumenti per rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria in vari contesti e per diversi gruppi di popolazione (HL della popolazione), tenendo conto



che lo stesso settore sanitario deve intervenire per rimuovere gli ostacoli relativi alla lettura, all'informazione, ai servizi e alle cure (HL dell'organizzazione).

Una volta riconosciuta l'importanza del contesto di vita (città, la scuola, l'ospedale, il luogo di lavoro, l'università, il carcere, ecc.) nella formazione della HL, è fondamentale andare ad individuare e rimuovere quelle barriere che la limitano in termini di promozione della salute: osservare cosa funziona e cosa non funziona nei diversi setting sociali per contribuire a migliorare la HL.

Sul piano della *formazione scolastica* in tema di HL, i bambini sono il principale canale su cui intervenire, così come gli adulti poco scolarizzati.

Le azioni più efficaci sono senz'altro quelle mirate a gruppi di popolazione segmentati su basi demografiche o attitudinali.

Anche il *mercato* rappresenta un fondamentale setting per la formazione della HL. Nella vita di tutti i giorni fare scelte sane può essere difficile perché le informazioni su quali tipi di comportamento o quali prodotti sono sani possono essere contraddittorie o non completamente capite, ad esempio, le persone spesso giudicano erroneamente il numero di calorie che stanno assumendo, non sanno leggere o non leggono la composizione dei prodotti alimentari sulle etichette, che spesso non sono facilmente comprensibili. Da questo punto di vista quindi fare in modo che la scelta più sana sia la scelta più facile può essere di aiuto: ad esempio, è stato dimostrato che il consumo di tabacco, alcool e di alimenti ad alto contenuto di zucchero per i bambini si riduce efficacemente se sono presenti campagne di sensibilizzazione e informazione, preventivamente basate sulla comprensione delle percezioni, delle conoscenze e degli atteggiamenti delle popolazioni il cui comportamento deve essere cambiato (approccio nudge al cambiamento).

La *comunità* (le famiglie, i gruppi di pari) sono in genere fonti primarie di informazioni sulla salute e sui servizi. Essa può fornire importanti informazioni sul comportamento che promuove e protegge la salute e previene le malattie, nonché su terapie, assistenza personale e familiare, servizi di supporto disponibili. Le comunità possono, sostenendo e promuovendo la capacità di alfabetizzazione sanitaria individuale e gruppe, attivare il capitale culturale dei loro membri e contribuire a un più ampio sviluppo della comunità e al rafforzamento del capitale sociale e relazionale.

Il *luogo di lavoro* rappresenta un setting di formazione della HL molto fertile: i programmi di salute e benessere sul posto di lavoro si sono rivelati particolarmente efficaci nell'incoraggiare un cambiamento comportamentale sano, soprattutto se sono parte della strategia organizzativa. Gli interventi sul posto di lavoro sono molto efficaci soprattutto per gli uomini, che sono più difficili da raggiungere con i messaggi sulla salute rispetto alle donne. È stato dimostrato che gli interventi sul posto di lavoro aiutano a prevenire gli incidenti, riducono il rischio di malattie industriali o professionali, migliorano le scelte di vita, riducono il rischio di malattie croniche, contrastano i fattori di stress e facilitano il raggiungimento di un equilibrio tra impegni di lavoro e vita privata.

I *social media* rappresentano un ulteriore ambiente di formazione della HL, potendo migliorare la capacità degli utenti di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni per prendere decisioni appropriate sui servizi sanitari necessari. Il social marketing virale (raggiungendo molte più persone, più rapidamente e con costi minimi, rispetto ad altre forme di marketing e pubblicità) è uno degli aspetti più importanti dei social media e può svolgere un ruolo importante nell'educazione alla salute, nella promozione e nei programmi di sensibilizzazione.

I social network online offrono importanti opportunità per il supporto peer-to-peer. Pazienti e membri dell'opinione pubblica che si sostengono a vicenda possono contribuire a benefici percepiti e miglioramento dell'autogestione e degli esiti della malattia.

Il social network mobile ora consente alle persone di condividere, valutare, consigliare e trovare facilmente applicazioni software (app) che coprono anche argomenti di salute. Gli smartphone e le loro app stanno rapidamente e radicalmente trasformando l'assistenza sanitaria, in particolare la cura delle persone con condizioni a lungo termine. Ciò consente all'assistenza sanitaria di diventare più

mobile nel momento del bisogno e più partecipativa coinvolgendo tutte le parti interessate, compresi i pazienti, i caregivers informali, i medici e altri.

I *setting sanitari* sono oggi luoghi altamente complessi, anche dal punto di vista architettonico: sono presenti molti ingressi e molti corridoi che si incontrano, la segnaletica è copiosa, non chiara e spesso utilizza una terminologia non comprensibile per l'utente. Anche su questo piano, le competenze richieste al cittadino per muoversi all'interno di queste strutture sono sempre maggiori. Non sono, la comunicazione attraverso siti web è malamente strutturata, i moduli informativi sanitari, i documenti sul consenso informato, sugli effetti collaterali, sui preparativi per un esame o le indicazioni post dimissione rappresentano spesso delle barriere alla comprensione. Il materiale informativo sanitario è spesso incompatibile con le competenze di alfabetizzazione di un adulto con istruzione secondaria.

Le sfide che un cittadino-paziente deve affrontare negli attuali sistemi sanitari sono quindi molte; gli viene richiesto di sapere comprendere grafici o altre informazioni visive, usare un computer, ottenere e applicare informazioni pertinenti, distinguere le informazioni affidabili da quelle promozionali e calcolare o ragionare numericamente.

Focus	Challenges	Suggested action
Web	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generally designed for attractiveness rather than use</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Improve navigation and the return to the home page</li> <li>Enable users to make enquiries</li> <li>Provide answers to common enquiries</li> </ul>
Phone	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recorded information is often spoken very rapidly</li> <li>The operator cannot answer many questions</li> <li>Wait times are long and disconnections are common</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Develop recordings with care and pilot them</li> <li>Provide orientation and training</li> <li>Provide scripts for frequently asked questions</li> </ul>
Entry	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signage is not clear</li> <li>Different entrances are not marked by purpose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarify street and entry signs</li> </ul>
Way-finding	<ul style="list-style-type: none"> <li>The information desk is often welcoming, but the directions are not always clear</li> <li>Many workers do not know the facility layout</li> <li>Maps are very complex</li> <li>Signs do not apply consistent or common words</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provide orientation and training in using plain language</li> <li>Provide orientation booklets for patients</li> <li>For new construction: do not leave signs to the discretion of the designers</li> <li>Consider all staff as ambassadors and provide orientation to the facility</li> </ul>
Talk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medical jargon abounds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation for all staff</li> <li>Plain-language training</li> </ul>

**Figura 4 - Scatola degli attrezzi per migliorare la HL nei setting sanitari**

La figura 4 mostra alcune delle azioni suggerite per migliorare la HL in setting sanitari.

La comunicazione scritta e parlata degli operatori sanitari, associata a esiti di salute, non ha sufficiente chiarezza e qualità. Studi osservano che i pazienti richiedono la definizione di termini, esempi concreti, narrative e segnali di promemoria. Richiedono aiuto per risolvere i problemi e devono essere attivamente incoraggiati a fare domande. La figura 5 evidenzia alcuni suggerimenti di linguaggio per la comunicazione scritta e orale dei setting sanitari.

Focus	Challenges	Suggested action
Vocabulary and sentence length	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overuse of jargon</li> <li>• Use of medical and other scientific terms that are not defined</li> <li>• Use of long and complex sentences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use plain language</li> <li>• Use clear and simple (but not simplistic) written and spoken language</li> <li>• Use child-friendly language</li> </ul>
Organization and structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materials are not written with the audience in mind or with attention to the reading process</li> <li>• People are often overwhelmed with information presented in complex formats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Design for reading ease</li> <li>• Check for clarity</li> <li>• Use organizational and navigational cues</li> <li>• Organize information by reader preference and priority</li> <li>• Pilot written materials</li> <li>• Use teach-back for spoken information</li> </ul>
Design and development processes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materials are often designed from the professional perspective</li> <li>• The production of material lacks professional rigour</li> <li>• Medical encounters are structured for the patient with scarce room for question asking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulate the development and review of critical texts</li> <li>• Require piloting with members of the intended audience, including children and adolescents</li> <li>• Encourage and support people in asking questions and setting agendas</li> </ul>
Rigour	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Few if any requirements are in place for designing, piloting and producing materials</li> <li>• Few protocols are in place for assessing the communication skills of health professionals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Develop and apply regulations for designing, piloting and producing critical health texts</li> <li>• Teach and apply teach-back methods</li> <li>• Institute communication requirements for licensing exams</li> </ul>

**Figura 5 - Approccio al linguaggio semplice nei setting sanitari**

La limitata HL dovrebbe essere inquadrata non come un problema di pazienti e cittadini, piuttosto come una sfida per gli operatori sanitari e per i sistemi sanitari per raggiungere e comunicare in modo più efficace con pazienti, cittadini e famiglie, rovesciando l'approccio aziendalistico alla sanità, che ha subordinato i valori propriamente legati all'assistenza a d'altri più propriamente industriali (tempo e denaro). Dovrebbe quindi essere compresa tra i criteri di valutazione dei professionisti e delle istituzioni e dei programmi. Ovviamente non possiamo fare queste affermazioni senza contare la necessità di formare gli operatori sanitari a comunicare in modo più efficace per aiutarli a prendersi cura delle persone con una limitata cultura della salute.

### Alcuni esempi italiani di iniziative in Health Literacy

#### ESPERIENZE IN ITALIA



**Laboratorio per il Cittadino Competente**  
 Sistema Comunicazione e Marketing Sociale, AUSL Modena.

Il Laboratorio promuove l'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) e l'empowerment del cittadino fornendogli competenze per metterlo in grado di accrescere la propria consapevolezza.

#### Obiettivi:

- "mettere in grado" il cittadino/paziente e la comunità di comprendere i linguaggi per la salute;
- sviluppare un linguaggio comune tra i diversi attori della salute (medici, infermieri, farmacisti, cittadini, rappresentanti di associazioni, ...);
- produrre e validare strumenti di comunicazione scientificamente corretti e comprensibili;
- concorrere alla promozione della salute.

Il Laboratorio coinvolge direttamente i cittadini (singoli, rappresentanti di associazioni di volontariato, gruppi di pazienti) e gli operatori sanitari nella costruzione di strumenti informativi, a supporto della comunicazione medico-paziente e servizi sanitari-cittadini, per aiutare gli operatori sanitari a mettersi dal punto di vista di chi deve ricevere l'informazione. [Per approfondimenti: <http://www.ausl.mo.it>]



Progetto di ricerca interdisciplinare tra associazioni di pazienti e cittadini, società medico-scientifiche, ricercatori ed esperti di comunicazione e divulgazione scientifica.

**Obiettivi:**

- orientare i pazienti, i cittadini e le loro associazioni ad una partecipazione attiva in ambito sanitario e delle scelte in medicina, affiancandoli in un percorso di formazione e informazione (basato sui loro bisogni);
- orientare le organizzazioni professionali e scientifiche ad un rapporto costruttivo con pazienti e cittadini, per accogliere i loro bisogni in particolare riguardo alla ricerca e alla diffusione delle informazioni scientifiche;
- creare un tavolo di confronto tra le associazioni di pazienti e cittadini e le organizzazioni scientifiche su tematiche di interesse comune;
- favorire la nascita di una partnership trasparente tra paziente/cittadino e servizi sanitari, che aiuti a superare i punti critici di questo rapporto.

**Tra le attività dell'Area Empowerment:**

- realizzazione del sito Partecipa Salute – Il portale sulla salute per partecipare e decidere consapevolmente. Rivolto a pazienti, cittadini e loro associazioni sui temi della salute e delle scelte in medicina (consenso informato, ricerca clinica, linee guida, assistenza sanitaria). La prospettiva seguita è di fornire strumenti critici per valutare le informazioni mediche e sanitarie (su stampa, internet, opuscoli, materiale informativo,...);
- organizzazione di incontri pubblici ad hoc di formazione-informazione, durante i quali presentare i risultati ottenuti nelle indagini sviluppate nel progetto e discutere alcuni esempi di collaborazione tra associazioni e società scientifiche. [Per approfondimenti: <http://www.partecipasalute.it>]

## **Tre esperienze fiorentine di iniziative in Health Literacy (Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze)**

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze, tra le varie iniziative in cui è coinvolto nello studio della HL, ha promosso tre rilevazioni, una rivolta allo studio della HL a livello organizzativo e due individuale.

Il primo studio, oggetto di tesi in fase di discussione, ha coinvolto due ospedali, il Nuovo Ospedale di Prato e il Nuovo Ospedale San Jacopo di Pistoia, con l'obiettivo di comprendere se essi possano essere definiti Health Literate Health Care Organizations (HLHO) e quanto il loro grado di alfabetizzazione sanitaria incida sulla percezione della qualità delle cure percepita da parte del personale medico e infermieristico. E' stato utilizzato un questionario HLHO\_10 (Kowalski et al.) rivolto complessivamente a 115 professionisti sanitari.

Il secondo studio viene condotto a Firenze, con informazioni raccolte tramite interviste telefoniche. Il campione include 480 soggetti selezionati dai registri di otto medici di medicina generale. Sono stati utilizzati due diversi questionari di HL (European Health Literacy Survey Questionnaire- 10 items e Newest Vital Sign-IT), calcolati e confrontati i livelli di HL rilevati (2017).

Il terzo studio, ancora in corso, ha coinvolto i badanti di assistiti inclusi in un programma di sostegno sociale regionale mirato a dare un finanziamento per aiutare ad assumere un caregiver. La HL è stata misurata con il Newest Vital Sign – IT e per gli assistiti sono stati eseguiti la scala BADL ed il test Pfeiffer per valutare il decadimento fisico e cognitivo degli anziani che assistono.

Dal punto di vista della formazione ai professionisti, il Dipartimento organizza il 1° corso di perfezionamento in “Alfabetizzazione sanitaria e salute: principi, strumenti, metodi e applicazioni della Health Literacy” con l'obiettivo di definire:

- cosa è la health literacy, tanto sul piano della definizione quanto su quello dei modelli culturali di riferimento;
- gli strumenti utili alla sua misurazione;

- i modelli di intervento utili a migliorare la health literacy di individui, professionisti della salute, comunità di cittadini;
- i processi da condurre per la produzione e la promozione di organizzazioni sanitarie health literate.

## Bibliografia

- Unesco. Literacy, a Unesco perspective (2003). <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001318/131817eo.pdf>
- OECD. PISA 2006 Science Competencies for Tomorrow's World (2007). <http://www.oecd.org/edu/school/programmeforinternationalstudentassessmentpisa/pisa2006results.htm>
- Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2(1), 25. PMID: 11650649.
- World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. WHO, Geneva, 1998. Gazmararian JA, Curran JW, Parker RM, Bernhardt JM, DeBuono BA. Public
- Nutbeam, D. (2000) Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259–267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 54(5):303-5.
- Pleasant A, Kuruvilla S. (2008). A tales of two health literacy: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*; 23(2): 152-9.
- Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. (2009) .Public health literacy defined. *Am J Prev Med* 2009;36(5):446-51. doi: 10.1016/j.amepre. 02.001.
- Tonnies, F. (2011). *Comunità e società* (a cura di Ricciardi M.). Bari: Biblioteca Universale Laterza
- 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. *BioMed Central Public Health*, 12(1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2014). *National Statement On Health Literacy*.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. (2012) *BMC Public Health*. 12:80.
- Brach, Cindy, et al. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies.
- World Health Organization Regional Office for Europe, *Health literacy The solid facts* (2013) (a cura di) Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros.
- Kowalski et al. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Serv Res.*; 15: 47.
- Bonaccorsi G, Lorini C, (2017). Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze Health literacy. La cornice concettuale. <http://www.saluteinternazionale.info/2017/11/health-literacy-la-cornice-concettuale/?pdf=12679>
- De Caro et al (2015) Il concetto di Health Literacy e la sua importanza per la professione infermieristica. *Professioni Infermieristiche*. Vol 68, n 3 Luglio-Settembre, pag 133-142.
- Lorini C. et al. (2017) Health literacy in Italy: a cross-sectional study protocol to assess the health literacy level in a population-based sample, and to validate health literacy measures in the Italian language. *BMJ Open*.
- Bonaccorsi G et al. (2017). Health literacy among paid caregivers of elderly people: preliminary Results of a Tuscan study. (In Atti del Convegno).9th European Public Health Conference.

## Sitografia

[https://www.partecipasalute.it/cms\\_2/](https://www.partecipasalute.it/cms_2/)

<http://www.ausl.mo.it>