

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SALERNO



**Facoltà di Economia
Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali**

**Dottorato di Ricerca in
Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche
X° Ciclo – Nuova serie**

Tesi di dottorato

Health Literacy

Coordinatore

Ch.ma prof.ssa Paola Adinolfi

Tutor

prof.ssa Paola Adinolfi

Candidata

dott.ssa Carmela Annarumma
matr.: 8880400049

Anno Accademico 2010 - 2011

*a Marco,
a Rocco,*

grazie

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
PRIMO CAPITOLO	10
1 – PREMESSA. L’AMBITO DI RIFERIMENTO: LA PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	10
2 – DAL CONCETTO DI LITERACY.....	13
3 – ... AL CONCETTO DI HEALTH LITERACY.....	17
3.1 – <i>Health literacy: problema definitorio</i>	18
4 – LA COSTRUZIONE DI UN FRAMEWORK.....	22
5 – L’IMPORTANZA DELL’HEALTH LITERACY	31
5.1 – <i>Health literacy e outcome di salute</i>	32
5.2 – <i>Health literacy ed equità</i>	36
5.3 – <i>Health literacy, costi e impatto economico</i>	39
SECONDO CAPITOLO.....	42
1 – METODI E STRUMENTI DI MISURAZIONE DELL’HEALTH LITERACY	42
2 – NATIONAL ASSESSMENT OF ADULT LITERACY (NAAL).....	43
3 – NATIONAL ACTION PLAN TO IMPROVE HEALTH LITERACY	48
4 – EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY (HLS-EU).....	53
5 – REALM - RAPID ESTIMATE OF ADULT LITERACY IN MEDICINE.....	60
6 – TOFHLA - TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS	61
7 – NVS - NEWEST VITAL SIGN.....	63
8 – SINGLE ITEM LITERACY SCREEN.....	63
9 – METODI E STRUMENTI DI MISURAZIONE DELL’HEALTH LITERACY ORGANIZZATIVA	65
TERZO CAPITOLO.....	75
1 – IL PERCORSO DI INDAGINE EMPIRICA	75
1.1 – <i>Analisi e misura dell’health literacy su un campione italiano</i>	77
1.2 – <i>Analisi e misura dell’health literacy organizzativa</i>	86
2 – PREMESSA METODOLOGICA.....	89
3 – LO STRUMENTO DI INDAGINE.....	93
4 – ANALISI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI DELL’INDAGINE.....	95
4.1 – <i>Commitment organizzativo verso politiche di health literacy</i>	97
4.2 – <i>Sviluppo del commitment dei dipendenti verso l’health literacy</i>	98
4.3 – <i>Community engagement verso l’health literacy</i>	99

4.4 – <i>Strumenti e metodi di health literacy</i>	100
4.5 – <i>Monitoraggio dell'efficacia di politiche di health literacy</i>	103
4.6 – <i>Correlazione tra strumenti e procedure formali ed informali ed efficacia e qualità percepita</i>	105
CONCLUSIONI	110
BIBLIOGRAFIA	114
APPENDICE A.	123
APPENDICE B.	124

INTRODUZIONE

Il superamento del riduzionismo biomedico ha portato a considerare la “salute” non già un fattore esogeno, di matrice esclusivamente clinica, bensì il risultato di un processo produttivo complesso ed atipico, che vede, tra le sue variabili rilevanti, la promozione della salute.

Già nel 1974 il Rapporto Lalonde¹ poneva l’enfasi sulla promozione della salute, quale determinante di un meccanismo eteroprodotto, che ha origine in un macroambito (*health field*) comprensivo di servizi e sistemi sanitari, ma anche di biologia, di ambiente, di stili di vita individuali e comunitari.

Successivamente, la Carta di Ottawa del 1986 proponeva un approccio socio-ecologico alla salute e indirizzava le politiche e le decisioni istituzionali verso una visione della salute quale risorsa imprescindibile per lo sviluppo e il benessere del singolo e delle comunità.

In tale prospettiva, il bene “salute” è generato da una sinergia di saperi, comportamenti, politiche, disposizioni, risorse sociali, “eredità genetiche”, la quale si dipana in differenti equilibri: di macrolivello – stante l’input proveniente dalle scelte di sanità pubblica compiute dal decisore istituzionale; di mesolivello – che si sostanzia in ambito clinico

¹ Lalonde M. (1974) “A New Perspective on the Health of Canadians” – A Working Document, Ottawa, Ministry of Health and Welfare

nell'interazione medico/paziente; di microlivello – che si concretizza nella capacità di autocura, responsabilità e ritenzione del singolo.

Si afferma una visione socio-ecologica del benessere, in virtù della quale la promozione della salute diviene il *momentum* dialogico tra i contesti educativi, clinici, istituzionali, ambientali, socio-economici, familiari.

A partire dall'assunto secondo cui la promozione della conoscenza del cittadino migliora il suo rapporto con il sistema in cui vive, negli ultimi anni di riassetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario si è diffusa l'attenzione verso l'*health literacy*, la quale assurge a determinante della salute non più trascurabile.

Quale pervasivo strumento di promozione della salute, l'*health literacy* pone l'accento sugli aspetti di conoscenza e consapevolezza del cittadino, nelle sue vesti di utente del sistema sanitario, e sottolinea i vantaggi che derivano per l'individuo, per la comunità e per il settore complessivamente considerato, da una azione di promozione "pubblica" del livello di *health literacy*.

Perché discutere di *health literacy*?

Quali le ragioni che inducono ad investire, con essa, la sfera della salute pubblica?

Nel tentativo di rispondere ai suddetti quesiti, è necessario considerare che il *decision maker* deve tener conto, in fase programmatoria, dell'obiettivo assistenziale, quale risultante della relazione tra questo, il bisogno di salute della collettività servita e le peculiarità della stessa; in fase valutativa, dell'effettivo risultato (*outcome*) di salute prodotto e del costo sostenuto.

Il bisogno di salute è ben individuato se:

- lo stato di salute è opportunamente misurato;
- se quanto misurato è tradotto in informazione;
- se l'informazione diffusa è efficacemente redistribuita, per generare conoscenza condivisa.

In tale contesto sistemico di tipo *user oriented*, dove la comunicazione dell'informazione deve essere generatrice di partecipazione diffusa e di conoscenza consapevole, l'*health literacy* si pone, da un lato, quale strategia di *empowerment*² tesa al miglioramento della capacità degli individui di accedere alle informazioni di salute e di utilizzarle in modo efficace; dall'altro, quale strumento per il *policy maker* per ottimizzare la promozione della salute, pervenire a migliori *outcome* di salute e contribuire a ridurre il costo del servizio sanitario.

Il termine "*health literacy*" compare in letteratura nel 1974, in un articolo di S. Simonds³ che, per la prima volta, correla il grado di educazione scolastica, il livello di comunicazione e informazione e le competenze sanitarie. Viene successivamente ripreso nel 1997 da I. Kickbusch e, da allora, la letteratura si arricchisce di innumerevoli studi, con uno slancio nella produzione

² Ci si vuole riferire alla definizione di "*empowerment*" adottata dall'*Health Evidence Network* del WHO Regional Office for Europe del 2006, che recita «L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita» in Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report. In tale definizione si evidenzia l'aspetto pervasivo dell'*empowerment*, riferito all'ambito sanitario, che travalica l'aspetto individuale ed investe quello organizzativo e di comunità.

³ Simonds S. (1974), "Health Education as Social Policy", in *Health Education Monograph 2*, Baltimore: Johns Hopkins University, 1974), 1-25

scientifico e accademico nell'ultimo decennio⁴, sintomo di una compiuta consapevolezza verso la tematica, oltreché di una tensione globale verso una "cultura della salute"⁵ che pone al centro il bisogno del cittadino.

Tale fermento scientifico e accademico si è tuttavia manifestato nei Paesi anglofoni, Canada e Stati Uniti *in primis*, e riverberato in Gran Bretagna e negli Stati del Nord Europa. Pur essendo un tema su cui l'Unione Europea ha disegnato un progetto di ampio respiro e vasto coinvolgimento delle istituzioni comunitarie, in Italia si riscontra, ad oggi, una assoluta mancanza di uno studio organico che riunisca in un unico strumento concettuale la conoscenza prodotta negli anni dalle accademie e dagli studiosi.

Il presente lavoro prende le mosse da un progetto di studio intrapreso dal Dipartimento Studi e Ricerche Aziendali dell'Università degli Studi di Salerno, nell'ambito delle attività formative del Master di II livello in Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie – DAOSan, in *partnership* con l'*University College Dublin*, cui si è avuto il privilegio di collaborare durante il terzo anno del Corso di Dottorato di ricerca in Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche. Tale progetto è stato foriero dell'interesse verso la tematica dell'*health literacy* nonché munifica fonte di *incipit* concettuali a cui ci si è più volte affidati nella fase di studio.

Obiettivo della ricerca è verificare l'impatto dell'*health literacy* sul sistema sanitario, considerando la duplice prospettiva dell'utente-cittadino e dell'operatore sanitario, e di individuare possibili percorsi di *improvement*, atti

⁴ Mårtensson L., Hensing G. (2011), "Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review", in *Scandinavian Journal of Caring Sciences*

⁵ Borgonovi E. (2009), *Tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo*. Egea Editore, Milano

a ridurre il costo (inteso in termini economici e, altresì, in termini di equità) per il sistema.

A tal fine, si vogliono verificare i pronunciamenti della letteratura internazionale sul tema oggetto di studio; derivarne le ipotesi di ricerca; procedere alle attività di osservazione e di analisi.

Il lavoro si articola in tre capitoli.

Nel primo capitolo, ripartito in due sezioni distinte, si procede all'esposizione del concetto di *health literacy* e alla sua disamina.

Nella prima parte si ritiene opportuno presentare un'analisi diacronica della letteratura in materia, partendo da una rassegna dei principali contributi internazionali (monografie, articoli, saggi, atti di convegni, editoriali), tratti dalle più note banche dati, per pervenire alla circoscrizione dell'orientamento prevalente.

Nella seconda parte si presenta un quadro sinottico delle influenze prodotte dall'*health literacy* sui seguenti *item*: *outcome* di salute; costi; equità.

Il secondo capitolo espone i più diffusi metodi e strumenti sviluppati in dottrina per misurare il grado di *health literacy*, evidenziandone potenzialità e limiti. Si tratta di modelli e strumenti diversi, utilizzati sia per indagini di popolazione che per misurazioni individuali.

Ai fini della ricerca, giova soffermarsi sull'aspetto che si ritiene maggiormente critico per l'effettiva affermazione di una prospettiva "*health literate*" nei sistemi sanitari, vale a dire un approccio "*health literacy friendly*" da parte delle organizzazioni sanitarie. Nella parte conclusiva del capitolo, pertanto, ci si sofferma sulla descrizione e l'analisi dei primi strumenti di indagine

sull'*health literacy* organizzativa presenti in letteratura, i quali costituiranno un indispensabile riferimento per lo sviluppo dell'indagine empirica proposta.

Il terzo capitolo, infine, descrive il percorso di ricerca intrapreso dall'Autore, che si sviluppa sulla base del progetto di studio succitato e ne vuole costituire un necessario ampliamento, utile a definire in profondità il quadro concettuale e a derivare prime evidenze sulla realtà italiana, ancora poco indagata rispetto alla tematica in parola.

Più precisamente, il capitolo, dopo aver presentato l'*excursus* compiuto dal ricercatore, è volto a verificare, attraverso la disamina dei dati raccolti sul campo, il grado di *health literacy organizzativa*, attraverso la creazione di un questionario *ad hoc* e la successiva interpretazione dei risultati.

L'intento del ricercatore è di stimare l'attitudine delle aziende sanitarie ad implementare politiche, ad attivare procedure e ad assumere atteggiamenti finalizzati a favorire un adeguato livello di *health literacy* tra gli utenti/pazienti e una migliore *health literacy* della comunità.

PRIMO CAPITOLO

SOMMARIO: 1. Premessa. L'ambito di riferimento: la promozione della salute – 2. Dal concetto di literacy... – 3. ... al concetto di health literacy – 3.1. *Health literacy: problema definitorio* – 4. La costruzione di un framework – 5. L'importanza dell'health literacy – 5.1. *Health literacy e outcome di salute* – 5.2. *Health literacy ed equità* – 5.3. *Health literacy, costi e impatto economico*

1 – Premessa. L'ambito di riferimento: la promozione della salute

Si è testé affermato che l'*health literacy* si colloca in una prospettiva più ampia, data dal costrutto di “promozione della salute”.

Una lunga riflessione teorica porta i decisori istituzionali dapprima a definire e circoscrivere l'ambito della “promozione della salute”, quindi a tracciare l'alveo entro cui la stessa ha da implementarsi.

Tale percorso prende le mosse dal superamento della componente riduzionista del modello biomedico⁶, che poneva al centro un concetto di

⁶ Adinolfi, a riguardo, osserva: “[The biomedical] paradigm considers disease as a deviation from the norm of measurable biological variables, a disordered process intervening in a naturally ordered world, that Man can understand, and therefore fully control, by means of the medical tekne. Within this positivistic framework there is no room for the socio-psychological, spiritual dimensions of illness. In the biomedical model not only disease is treated as an entity independent from social behaviour, but even behavioural anomalies are treated as disordered somatic (biochemical or neurophysiological) processes. Embracing the reductionistic view that complex phenomena are ultimately derived from a single primary principle, the biomedical model is based on the physicalist principle, implying that biological phenomena can only be explained by the language of physics and chemistry. Biomedicine also embraces a rational, analytical approach by means of which entities to be investigated can be classified in separable causal chains or units”, in Adinolfi P. (forthcoming), “Barriers to Reforming Healthcare: The Italian Case”, in *Health Care Analysis*, Springer

salute quale “assenza di malattia” e intendeva la pratica di cura come un’azione tesa esclusivamente alla *restitutio ad integrum* del corpo malato.

A prevalere era una visione esclusivamente fisiologica e meccanicistica della malattia e della cura; si enfatizzava il ruolo del progresso tecnologico nelle terapie; si “oggettivizzava” il rapporto medico-paziente. La complessità insita nel concetto di salute era fortemente attenuata dalla estrema deviazione verso variabili biologiche, tendenzialmente misurabili, e dalla mancata inclusione di fattori sociali, ambientali, psicologici e comportamentali che potessero intervenire nella determinazione dello stato di salute.

Tale visione, di tipo *disease centred* e, ancor più, *doctor centred*, viene superata nella seconda metà del secolo scorso dalla formulazione di una prospettiva più ampia del concetto di salute, che contempera l’interazione di molteplici variabili (sociali, ambientali, biologiche, psicologiche) nella determinazione dello stato di salute e malattia.

E’ un modello socio-ecologico di salute, con cui infine il “mito” di Igea vince su quello di Asclepio.

Questa nuova visione, di tipo *patient centred*, in cui medico e paziente sono partecipanti al processo di cura, intende la salute come co-costruzione sociale, espressione di una prospettiva ecologica e sistemica, e trasferisce l’azione del decisore dal binomio “prevenzione e cura” a quello di “promozione e benessere”.

E’ il Rapporto Lalonde del 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians*, a segnare la crisi del modello biomedico, asserendo che il miglioramento del livello di salute può aversi solo considerando una visione sistemica: sull’ambito di salute (*health field*), nella sua connotazione

quadripartita tra biologia umana, ambiente, stile di vita e sistema sanitario, occorre esercitare azioni congiunte di promozione di salute.

Nella Carta di Ottawa⁷ del 1986 si sostanzia l'orientamento alla promozione della salute quale «*processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla*», da realizzarsi attraverso il perseguimento di tre distinte strategie: 1. «sostenere la causa della salute», (*to advocate for health*), rendendo favorevoli le condizioni politiche, economiche, culturali, sociali, ambientali, comportamentali e biologiche; 2. «mettere in grado» (*to enable*) le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, riducendo le differenze nello stato di salute e assicurando pari opportunità e risorse, facendo leva su “disponibilità di informazioni, abilità personali e opportunità che consentano di fare scelte sane”; 3. «mediare» (*to mediate*) tra i diversi interessi presenti nella società, allo scopo di ottenere un'azione coordinata per la ricerca della salute.

Le linee d'azione, riconosciute dalla Carta, per promuovere la salute, risultano essere: 1. «costruire una politica pubblica per la tutela della salute»; 2. «creare ambienti favorevoli a scelte salutari»; 3. «rafforzare l'azione della comunità»; 4. «sviluppare le abilità personali»; 5. «riorientare i servizi sanitari».

E' evidente come, dal pronunciamento delle suddette linee d'azione, si sostanzia l'affermazione della nuova visione della salute, che impone lo stigma della “globalità” ad un novello concetto di *public health community*. Ad essa si associa una tensione verso quella che viene definita *public health*

⁷ World Health Organization (1986), “Ottawa Charter for Health Promotion”, *First International Conference on Health Promotion*

*quality, ossia «the degree to which policies, programs, services, and research for the population increase desired health outcomes and conditions in which the population can be healthy».*⁸

Questa breve trattazione del concetto di promozione della salute è sufficiente a delineare la cornice entro cui si colloca l'*health literacy*.

Nel prosieguo del lavoro, apprestandoci a inquadrare e circoscrivere il costrutto dell'*health literacy*, rinverremo più volte le caratteristiche tipiche della prospettiva socio-ecologica e, altresì, gli elementi distintivi delle raccomandazioni per la promozione della salute tracciate nella Carta di Ottawa. In particolare, si rileverà come l'*health literacy* rappresenti oramai uno strumento determinante nel perseguire qualità e generare equità per gli utenti dei servizi di sanità pubblica.⁹

A ragione si potrà affermare, pertanto, che l'*health literacy* è un elemento essenziale per il miglioramento del livello di benessere e la promozione della salute.

2 – Dal concetto di literacy...

L'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO) definisce la *literacy* come la

“ability to identify, understand, interpret, create, communicate, compute and use printed and written

⁸ Honoré P.A., Wright D., Berwick D.M., Clancy M.C., Lee P., Nowinski J., Koh H.K., (2011) “Creating A Framework For Getting Quality Into The Public Health System”, in *Health Affairs*, 30, no.4:737-745, p. 739

⁹ Koh H.K., Berwick D.M., Clancy C.M., Baur C., Brach C., Harris L.M., Zerhusen E.G. (2012), “New Federal Policy Initiatives To Boost Health Literacy Can Help The Nation Move Beyond The Cycle Of Costly 'Crisis Care'”, in *Health Affairs*, 31, no.2:434-443

*materials associated with varying contexts. Literacy involves a continuum of learning in enabling individuals to achieve their goals, to develop their knowledge and potential, and to participate fully in their community and wider society.*¹⁰

Literacy è, dunque, la capacità del singolo di comprendere e di utilizzare la lettura, la scrittura, il linguaggio verbale e ogni altro strumento di comunicazione, sì da essere parte attiva della vita sociale, riuscire ad esprimere le proprie potenzialità e raggiungere i propri obiettivi.

Il concetto di *literacy* può essere altresì inteso in termini assoluti, con ciò distinguendo gli individui con capacità alfabetiche di base e gli individui che non le posseggono, e in termini relativi, valutando le differenti capacità messe in atto dagli individui con abilità alfabetiche¹¹.

Per comprendere la criticità e le implicazioni dei livelli di *literacy*, si ritiene necessario presentare un quadro delle condizioni generali di *literacy* della popolazione, utile per poter meglio derivare, nel prosieguo del capitolo, la declinazione nell'aspetto di *health literacy*.

Nel 2008, secondo l'Istituto di Statistica (UIS) dell'UNESCO, 796 milioni di soggetti adulti (oltre 15 anni di età), due terzi dei quali rappresentati da soggetti di sesso femminile, mancavano delle competenze essenziali di

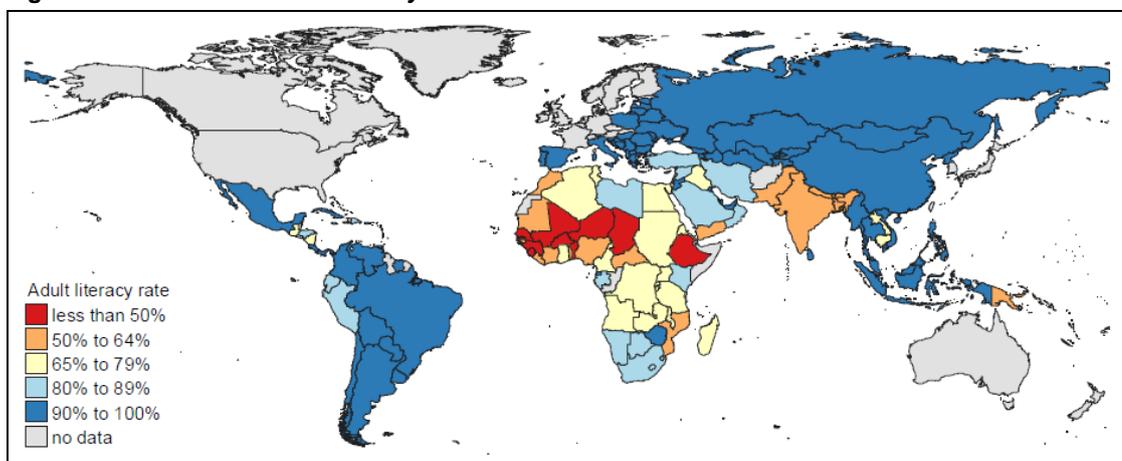
¹⁰ UNESCO Education Sector (2004), *The Plurality of Literacy and its implications for Policies and Programs: Position Paper*. Paris: United National Educational, Scientific and Cultural Organization

¹¹ Nutbeam D. (2009), "Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?", in *International Journal of Public Health*, 54:303–305

literacy. Di questi, circa il 52% si concentrava nei Paesi dell'Asia meridionale e un ulteriore 22% nei Paesi dell'Africa sub-sahariana¹².

La figura 1 ci offre un'immagine della disseminazione delle capacità essenziali di *literacy* tra la popolazione adulta su scala globale. Mentre i Paesi avanzati registrano alti livelli di *literacy*, è evidente la disuguaglianza esistente con i Paesi in via di sviluppo e le aree depresse del mondo, nei quali si registra altresì un alto tasso di disparità di genere. In Asia meridionale, infatti, l'indice di parità di genere (GPI) si attesta allo 0,70: solo 1 donna su 2 possiede le abilità essenziali di *literacy*, a fronte di 7,3 maschi su 10. Tale tendenza è altresì riscontrabile nei Paesi dell'Africa sub-sahariana (GPI: 0,75) e settentrionale (GPI: 0,76), in Asia occidentale (GPI: 0,84) e in Oceania (GPI: 0,89).

Figura 1: Distribuzione della literacy su scala mondiale



Fonte: UNESCO Institute for Statistics, Data Centre (2008)

Wils (2002) dimostra che esiste una correlazione positiva tra il livello generale di *literacy*, l'istruzione primaria e secondaria e il reddito personale,

¹² UNESCO Institute for Statistics, *Adult and Youth Literacy: Global trends in Gender parity*. UIS Fact Sheet, September 2010, No. 3

la crescita economica, l'*empowerment* della popolazione femminile, l'aspettativa di vita e il tasso di natalità¹³.

Allo stesso modo, Kutner, *et al.* (2006), in uno studio condotto per il Dipartimento per l'Istruzione statunitense tra la popolazione adulta, verificano una correlazione positiva tra il livello di istruzione conseguito e il grado di *health literacy* così come una associazione diretta con il livello di reddito¹⁴.

A simili conclusioni perviene anche l'indagine *ALL-Adult Literacy and Life Skills* realizzata in Italia dall'INVALSI (Istituto Nazionale per la Valutazione del Sistema educativo di Istruzione e formazione), negli anni 2003-2004, su un campione di 6.853 cittadini di età compresa tra i 16 e i 65 anni, nell'ambito di una ricerca comparativa internazionale promossa dall'OCSE che prende ad esame sette Paesi (Bermuda, Canada, Italia, Norvegia, Svizzera, Stati Uniti e Messico. In quest'ultimo Paese l'indagine è stata limitata alla regione del Nuovo León). L'Italia registra le *performances* più modeste nella comparazione con gli altri Paesi. Risulta altresì rilevante la disuguaglianza esistente tra le 5 aree geografiche del nostro Paese (nord ovest, nord est, centro, sud, isole) e l'evidenza della correlazione con indicatori di benessere della popolazione, quali il grado di istruzione e le condizioni socio-economiche. In particolare, ponendo il livello di *literacy* su una scala di livello crescente da 1 a 5, e indicando nel livello 3 il grado medio di competenza che rende la popolazione adulta "capace di rispondere efficacemente alle

¹³ Wils A. (2002), "On Accelerating the Global Literacy Transition" Research and Assessment Systems for Sustainability Program Discussion Paper 2002-18. Cambridge, MA: Environment and Natural Resources Program, Belfer Center for Science and International Affairs, Kennedy School of Government, Harvard University

¹⁴ Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C. (2006), "The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)", *U.S. Department of Education*. Washington, DC: National Center for Education Statistics

esigenze di vita e di lavoro del mondo attuale”, l’indagine evidenzia che solamente il 20% della popolazione italiana adulta raggiunge e supera tale livello. L’indagine comparativa internazionale ALL evidenzia altresì:

“- la drammatica limitatezza di competenze alfabetiche funzionali della popolazione italiana;

- l’importanza del possesso di queste competenze in relazione alla occupabilità ed al livello di inclusione sociale della popolazione (esercizio dei diritti di cittadinanza e stabilità economica);

- la presenza di quote consistenti di giovani e di giovani adulti che denunciano limitate competenze, soprattutto se confrontate con quelle dei giovani degli altri Paesi che hanno partecipato all’indagine;

- la correlazione tra livelli elevati di competenza e sviluppo dei settori produttivi strategici”¹⁵.

3 – ... al concetto di health literacy

Il crescente interesse verso l’*health literacy* si erge sull’assunto, universalmente riconosciuto, che la salute (*health*) e la conoscenza (*literacy*) rappresentano risorse cruciali per il benessere del singolo e della società. Sulla valorizzazione del connubio di tali risorse devono incentrarsi gli sforzi dei *policy makers*, al fine di:

- predisporre programmi educativi di alfabetizzazione sanitaria a vari livelli e verso *target* diversi di popolazione (bambini in età scolare, adolescenti, donne, immigrati, malati cronici, anziani);

¹⁵ Gallina V. (2005), *Adult Literacy and Life skills (ALL) - Competenze della popolazione adulta e abilità per la vita*. INVALSI

- sensibilizzare i professionisti del settore verso forme e mezzi di comunicazione con l'utente/paziente più adeguate;
- ridurre i costi del sistema sanitario;
- favorire l'equità di accesso alle cure e l'appropriatezza delle stesse.

Se la *literacy*, genericamente considerata, si riferisce a competenze basilari, di tipo funzionale, come si è avuto modo di esporre nel precedente paragrafo, *l'health literacy* ne richiede di ulteriori, “*including those necessary for finding, evaluating and integrating health information from a variety of contexts. It also requires some knowledge of health-related vocabulary as well as the culture of the health system*”¹⁶.

3.1 – Health literacy: problema definitorio

Il termine “*health literacy*” compare in letteratura nel 1974, in un articolo di S. Simonds¹⁷ che, per la prima volta, correla il grado di educazione scolastica, il livello di comunicazione e informazione e le competenze sanitarie. Viene successivamente ripreso nel 1997 da I. Kickbusch che lo propone come determinante chiave per la promozione della salute attraverso l'educazione dei cittadini e della collettività¹⁸.

¹⁶ Rootman I. *Literacy and its Implications for Health Care*. Presentation to 2009 CHA Intramural Learning session. Canadian Council on Learning, Health and Learning Knowledge Centre, University of Victoria. Ottawa, Ontario. 22 aprile 2009.

¹⁷ Simonds S., “Health Education as Social Policy”, *op. cit.*

¹⁸ Kickbusch, I. (1997), “Think health: What makes the difference?”, in *Health Promotion International*, 12, p. 268. “*I would like to propose that a key challenge for health promotion lies in combining strategies for building social capital with strategies that build intellectual capital for health. We know that education is one of the strongest predictors for health - and that women's education is one of the strongest predictors of family and community health. Increasingly, literacy programmes are using health issues as their entry point because of its high relevance to people's everyday life. Under ongoing conditions of change, traditional health knowledge does not suffice and in all societies there is a constant need for new health knowledge – in view of new hazards and risks, new treatments, and*

E' con l'opera di D. Nutbeam^{19,20} che l'*health literacy* supera il limitante ambito educativo e, come "nuovo olio in vecchie lanterne"²¹, viene prepotentemente posta quale strumento di *empowerment* nonché quale mezzo per la promozione della salute ad uso dei decisori istituzionali²².

Non è mancato il dibattito intorno all'introduzione e al significato del termine *health literacy*. Tones (2002), a riguardo, ha affermato che, come è inutile mettere "vino nuovo in bottiglie vecchie", allo stesso modo introdurre l'*health literacy* come concetto nuovo "is certainly not necessary, since there is a considerable, well developed and theoretically sound literature already available to illuminate and guide practice"²³.

new ways to maintain health. Health learning becomes a necessary component throughout the lifespan - a productive factor so to speak: as society changes, as one's own living conditions change, as one's body changes. In the new version of the health promotion glossary we have introduced the term 'health literacy', meaning it to widen what in the Ottawa Charter we had called 'developing personal skills': information and knowledge on health, understanding the social components of health, ability to negotiate the environment, understanding and weighing risks of individual and social behaviour, coping skills, caring skills, skills to use the health sector, and a shift from fatalistic acceptance of health problems towards implementation of health knowledge. The increasing importance of health literacy must lead us to explore new places of and for learning, new methodologies and new vehicles."

¹⁹ Nutbeam D. (1998), "Health Promotion Glossary", in *Health Promotion International*, 13. 349-364

²⁰ Nutbeam D. (2001), "Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century", in *Health Promotion International*, 15, 259-267

²¹ Ivi, p. 265

²² "Health literacy is a concept that is both new and old. In essence it involves some repackaging of established ideas concerning the relationship between education and empowerment. [.....] Improving health literacy in a population involves more than the transmission of health information, although that remains a fundamental task. Helping people to develop confidence to act on that knowledge and the ability to work with and support others will best be achieved through more personal forms of communication, and through community-based educational outreach. If we are to achieve the ultimate goal that is reflected in that definition of health literacy—trying to promote greater independence and empowerment among the individuals and communities we work with—we will need to acknowledge and understand the political aspects to education, focused on overcoming structural barriers to health." Ivi, pp. 265; 267

²³ Tones K. (2002), "Health Literacy: New Wine in Old Bottles", in *Health Education Research*, 17:287-290

Eppure, il generalizzato riconoscimento²⁴ verso l'introduzione e l'applicazione dell'*health literacy* come approccio innovativo alle politiche di promozione della salute²⁵ ha garantito negli ultimi anni il fiorire di studi e ricerche sul tema, con un proliferare di sforzi definatori intorno al concetto di *health literacy*²⁶.

L' US Institute of Medicine (2004) definisce l'*health literacy* come

*“the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions”*²⁷.

²⁴ A riguardo, I. Rootman propone una elencazione delle ragioni a favore dell'utilizzo del concetto di *health literacy* per la promozione della salute. In particolare, egli riporta le seguenti:

1. *Health literacy is a "key outcome from health education" (Nutbeam, 2000) and one that health promotion could legitimately be held accountable for;*
2. *Expansion of the concept is consistent with current thinking in the field of literacy studies;*
3. *It "significantly broadens the scope and content of health education and communication" (Nutbeam, 2000), both of which are critical operational strategies in health promotion;*
4. *The expanded definition implies that "health literacy" not only leads to personal benefits, but to social ones as well, such as the development of social capital;*
5. *It helps us to focus on overcoming structural barriers to health;*
6. *It helps strengthen the links between the fields of health and education;*
7. *"Health literacy as a discrete form of literacy is becoming increasingly important for social and economic development";*
8. *"Measuring health literacy could be the first major step in constructing a new type of health index for societies";*
9. *The typology of three different levels emphasizes the need for public participation in policy development; and*
10. *The typology allows us to consider the ambiguities of the fit between health promotion strategies and wider social trends.*

In Rootman I. (2002), "Health Literacy and Health Promotion", in *Ontario Health Promotion E-Bulletin*, No. 270

²⁵ A riguardo, Parker *et al.* affermano: "While policymakers frequently search for ways to improve both education and health, they rarely appreciate the relationship between the two. Most are also not aware of a silent epidemic pertinent to both policy spheres. Health literacy [...] is a policy issue at the intersection of health and education." In Parker R.M., Ratzan S.C., Lurie N. (2003), "Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care", in *Health Affairs*, Vol. 22, No. 4, p. 147

²⁶ Kanj M., Mitic W., "Health Literacy and Health Promotion", Conference Working Document, 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009

²⁷ Nielson-Bohlman L., Panzer A., Kindig D. (2004), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Washington, DC, p.20

In accordo con Baker²⁸, si evidenzia come tale definizione ponga l'enfasi esclusivamente sulle capacità individuali di acquisire e gestire l'informazione sanitaria.

I. Kickbusch, *et al.* (2005) definiscono l'*health literacy* come

*“the ability to make sound health decisions in the context of every day life – at home, in the community, at the workplace, in the health care system, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people’s control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility”*²⁹.

Tale definizione evidenzia uno stato dinamico che sottende una interazione dell'individuo con l'ambiente sociale.

L'*European Health Literacy Survey (HLS-EU) Project* (2008) afferma che la

*“health literacy encompasses people’s capacities, skills, knowledge and motivation to access, understand, appraise and apply health information in written, spoken or digital form, in order to form judgments and take decisions in terms of using the healthcare system, disease prevention and health promotion, to improve quality of life throughout the life course”*³⁰.

²⁸ Baker D.W. (2006), “The Meaning and the Measure of Health Literacy”, in *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 21, No. 28, pp. 878-883

²⁹ Kickbusch I., Wait S., Maag D. (2005), “Navigating Health. The role of health literacy”, *International Longevity Centre-UK*

³⁰ European Health Literacy Survey Project, Department of International Health, Maastricht University (www.inthealth.eu)

Si può ritenere che questa sia una definizione prospettica, che correla il grado di alfabetizzazione sanitaria con la qualità della vita degli individui.

Infine, l'*European Patients' Forum Spring Conference* (2008) riconosce all'*health literacy* un ruolo strategico nel perseguimento di politiche e servizi sanitari equi, appropriati, centrati sul bisogno del paziente. Infatti, si afferma che:

*"Health literacy is a right, and also a critical strategy to move towards health equity, empowerment and patient-centred healthcare in modern society"*³¹.

Ciò porta a concludere che l'*health literacy* supera le caratteristiche individuali, travalica l'ambito dell'educazione, investe lo sviluppo delle comunità, attraverso una interazione continua e dinamica con l'ambiente sociale, per porsi a garanzia della qualità della vita e, in ultima istanza, come determinante strategico per la salute pubblica.

4 – La costruzione di un framework

Prendendo spunto dal lavoro di Freebody & Luke (1990)³², Nutbeam (2001) distingue tra tre livelli di *health literacy*³³:

1. *functional health literacy*: consiste nella capacità di applicare delle conoscenze basilari alle decisioni comuni e quotidiane di salute.
Può tipicamente ricondursi ad un'educazione del paziente di

³¹ Health Literacy Conference Report. *European Patients' Forum Spring Conference*, Brussels, 8-9 April, 2008

³² Freebody, P., Luke, A. (1990), "Literacies programs: Debates and demands in cultural context", in *Prospect: Australian Journal of TESOL*, 5(3), 7-16

³³ Nutbeam D. (2001), "Health Literacy as a Public Health Goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century". *cit.*, p. 265

tipo tradizionale, che esclude forme di comunicazione di tipo interattivo e si limita ad aumentare la conoscenza dei rischi sanitari e dei servizi assistenziali e ad aumentare la *compliance* verso azioni prescritte (ad es., la partecipazione a programmi di *screening*);

2. *communicative/interactive health literacy*: consiste in capacità più avanzate di ottenere informazioni di salute rilevanti, ricavarne opportunamente il significato, per partecipare in maniera attiva alle decisioni di salute. A tale livello di *literacy* si associa un maggior grado di indipendenza, una accresciuta motivazione e soprattutto un atteggiamento *self-confident* verso le indicazioni e le prescrizioni di salute. Il beneficio correlato a tale livello di *health literacy* è comunque limitato all'ambito individuale e familiare, non riverberandosi ancora sul vantaggio per la comunità complessivamente considerata;

3. *critical health literacy*: consiste nella capacità di applicare abilità e conoscenze più avanzate all'analisi critica delle informazioni di salute, e nell'utilizzo di tali informazioni per esercitare un controllo maggiore su un universo più ampio di determinanti di salute. Tale livello di *literacy* presuppone una forte tensione verso la comunicazione delle informazioni, una interazione fattiva tra il livello individuale e il livello politico, e produce una *leverage* sui determinanti sociali, economici ed ambientali della salute. Ne deriva una *health literacy* "di comunità" che affianca al beneficio individuale quello della società nel suo complesso.

Tra i livelli di *health literacy* individuati da Nutbeam si riviene un gradiente crescente di *empowerment*, che non può che condurre a migliori *outcome* di salute.

Al fine di pervenire ad una caratterizzazione dell'approccio qui disaminato, si può affermare che la *health literacy* può dirsi *content-context related*³⁴. La letteratura più recente, (Nutbeam, 2009; Kickbusch & Maag, 2008; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Baker, 2006; Zarcadoolas, *et al.*, 2005) in linea con i principi della Carta di Ottawa (1986)³⁵, è infatti concorde nel ritenere che l'*health literacy* derivi da una correlazione multifattoriale e da una interazione multidimensionale³⁶, in cui le capacità e le abilità individuali si manifestano, in maniera più o meno equilibrata, in funzione di contesti e ambienti di riferimento^{37,38}, meglio definiti "domini sociali"³⁹ o "domini di influenza"⁴⁰, di seguito elencati:

³⁴ D. Nutbeam (2009), "Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?", *cit.*, p. 303

³⁵ "Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members.", World Health Organization, Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion - Ottawa, 21 novembre 1986

³⁶ A riguardo, si veda anche il modello di *health literacy* proposto da Zarcadoolas *et al.*, che riunisce quattro dimensioni: *fundamental literacy*; *science literacy*; *civic literacy*; *cultural literacy*. In Zarcadoolas C., Pleasant A., Greer D.S. (2005), "Understanding health literacy: an expanded model", in *Health Promotion International*, Vol. 20 No. 2, Oxford International Press

³⁷ Parker R. (2009), *Health Literacy, eHealth, and Communication: Putting the Consumer First: Workshop Summary*. Edited by L. M. Hernandez. Board on Population Health and Public Health Practice. Washington, DC: The National Academies Press

³⁸ Baker D.W. (2006), "The Meaning and the Measure of Health Literacy", *cit.*, p. 880

³⁹ Kickbusch I., Maag D. (2008), "Health Literacy", in Heggenhougen K., Quah S. (a cura di), *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 3. San Diego: Academic Press; 2008. pp. 204-211

⁴⁰ WHCA Action Guide (2009), "*Health Literacy. Action Guide*", World Health Communication Associates Ltd.

1. famiglia e comunità: attiene alle competenze basilari e generali, manifestate attraverso comportamenti di prevenzione dalla malattia, tutela e promozione della salute, così come nell'autocura e nell'assistenza della propria famiglia. Le famiglie e le comunità rappresentano fonti primarie di informazione sanitaria ed in esse si forma il substrato di competenze sanitarie di ogni individuo. Si comprende dunque l'importanza che in tali ambienti avvenga una circolazione di informazioni corretta e adeguata, arginando la deriva verso scelte di salute alternative, di dubbia efficacia;
2. sistema educativo: attiene alle competenze apprese dal singolo nell'ambito scolastico e nelle istituzioni educative, sia formali che informali. In esse, infatti, si formano le conoscenze individuali e si promuove l'alfabetizzazione sanitaria di giovani e adulti;
3. sistema sanitario: attiene alle competenze che l'individuo/paziente manifesta nell'orientarsi nel sistema sanitario, agendo in maniera adeguata come interlocutore degli operatori della sanità. Un sistema sanitario più "*health literacy friendly*" gioca un ruolo fondamentale nell'aumento del livello di *literacy* degli individui e della comunità di riferimento. Una crescente capacità degli operatori sanitari nel riconoscere il bisogno di salute e nell'assistere gli utenti nel momento del loro ricorso al sistema, unitamente alla consapevolezza dei manager delle aziende sanitarie verso la formazione degli operatori ad un approccio

health literate, porta a migliorare l'accesso al sistema, ridurre l'inappropriatezza, limitare il rischio;

4. sistema politico: attiene alle competenze manifestate dai cittadini nel tutelare i propri diritti di salute attraverso l'espressione del voto, la condivisione di campagne per la difesa della salute e l'impegno civico, anche mediante la partecipazione a gruppi od organizzazioni di cittadini/pazienti/utenti. E' evidente che un cittadino *health empowered* diviene un interlocutore critico per le istituzioni pubbliche; dalla loro interazione non può che derivare un progressivo miglioramento dei determinanti sociali di salute;

5. media e mercato: attiene alle competenze manifestate dall'individuo/consumatore nella scelta di beni e servizi e nella tutela dei diritti alla salute. E' dai mezzi di comunicazione di massa che le persone traggono il maggior numero di informazioni inerenti la propria salute. E' riconosciuto il grado di condizionamento e di influenza che il mercato esercita sulle scelte ed i comportamenti dei consumatori, che diventa altamente critico quando invade la sfera della salute. Talora le informazioni di salute sono distorte dall'interesse commerciale delle aziende, derivandone messaggi alterati verso stili, consumi e comportamenti inappropriati. I decisori istituzionali possono sfruttare la potenzialità dei media e la capacità di questi nel raggiungere ampie fasce di utenti, al fine

di trasferire corretti messaggi di salute pubblica e informazioni ponderate ai cittadini;

6. lavoro: attiene alle competenze manifestate nella tutela della salute sui luoghi di lavoro, attraverso comportamenti di prevenzione, volti ad evitare le malattie professionali, ridurre i rischi di infortunio, creare ambienti di lavoro più salubri, pervenire ad un miglior bilanciamento tra il tempo del lavoro e la vita del lavoratore. L'attivazione di meccanismi informativi adeguati, volti a far pervenire ai lavoratori messaggi di salute, sicurezza e prevenzione, tende a ridurre il rischio di malattie lavoro-correlate e patologie da stress.

Nell'intento di realizzare una modellizzazione dell'*health literacy*, si vuole in questa sede citare il lavoro di *Kwan, Frankish & Rootman*⁴¹, che pone l'attenzione sull'*health information context*, sui fattori che lo condizionano e sulle influenze che derivano sia per la conoscenza (sanitaria) che per le decisioni, le azioni e gli *outcomes* finali.

Secondo i citati autori, l'*health information context* è lo spazio in cui si produce l'informazione sanitaria. L'informazione, che può essere più o meno influenzata da aspetti "prossimali" quali la sua fonte, i suoi contenuti, la sua presentazione, può essere recepita in maniera attiva dal soggetto oppure quest'ultimo può essere esposto all'informazione, che può essergli finanche imposta. Il contesto in esame è direttamente connesso al fine per il quale l'informazione viene erogata o richiesta (scopo di prevenzione, promozione,

⁴¹ Kwan B., Frankish J., Rootman I. (2006), *The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations*. Vancouver: Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, pp. 1-189

sanità pubblica, miglioramento della salute collettiva) ed incide sul grado di conoscenza sanitaria, mediante la traduzione dell'informazione in competenza, che avviene allorché l'individuo "*understands health information*"⁴².

Il trasferimento dell'informazione sanitaria avviene attraverso la messa in atto di *literacy skills* che gli autori riconducono alle seguenti: accesso all'informazione; comprensione dell'informazione; analisi e valorizzazione dell'informazione; comunicazione dell'informazione.

E' necessario rimarcare gli aspetti di complessità del fenomeno dell'*health literacy*:

- che coinvolge singoli, gruppi, comunità, organizzazioni, professionisti ed operatori, aziende sanitarie, politici, istituzioni;
- che, quale processo dinamico e mutevole, si manifesta nel corso della vita, incidendo sulla qualità di questa e sul benessere complessivo;
- che varia in funzione di guadagnati gradi di conoscenza e progresso tecnologico;
- che risente di influenze personali ed esterne.

Giova soffermarsi su quest'ultimo aspetto al fine di tratteggiare con compiutezza quelli che sono i condizionamenti che incidono sul fenomeno dell'*health literacy*. Fattori quali l'età, l'etnia, il genere, il grado di istruzione, il sistema di valori e credenze, la cultura, la religione, l'occupazione, il reddito, lo status sociale, l'accesso ai media e alle nuove tecnologie, inevitabilmente condizionano il legame esistente tra l'*health literacy* e gli *outcome* di salute,

⁴² Ivi, p. 83

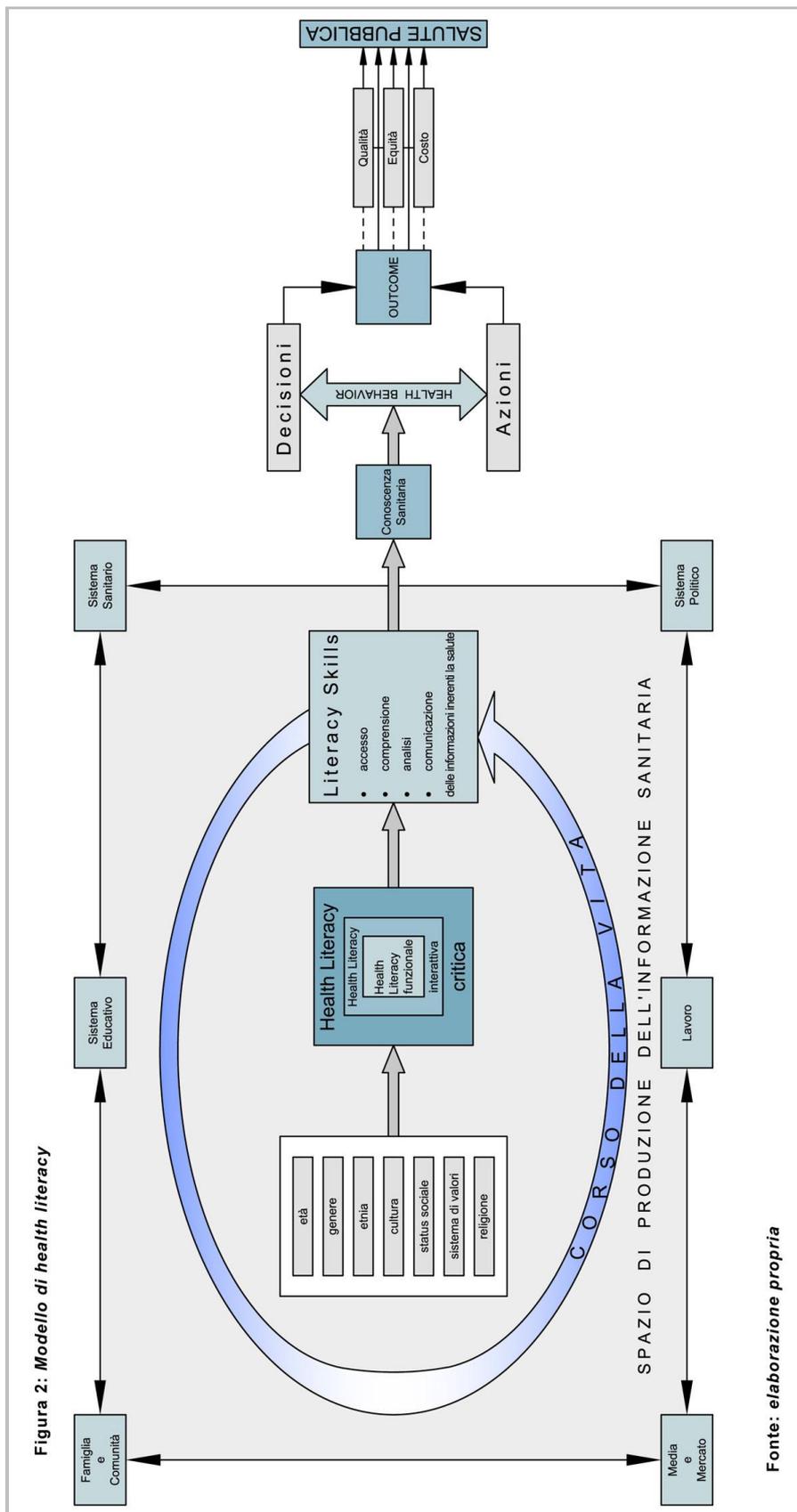
incidendo sulla capacità di auto-cura, così come sulla capacità di interazione medico/paziente e, più in generale, sull'appropriatezza dell'accesso al sistema sanitario e sull'utilizzo dei servizi sanitari^{43,44}.

Possiamo provare a introdurre un modello per l'*health literacy* che sia comprensivo degli *items*, delle variabili e dei livelli fin qui esposti.

Il modello da noi elaborato è riportato in figura 2:

⁴³ Paasche-Orlow M.K., Wolf M.S. (2007), "The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes", in *American Journal of Health Behavior*,31(Suppl 1):S19-S26

⁴⁴ A riguardo, Kwan, Frankish & Rootman affermano "...other influences permeate across an individual's life in different contexts and across time, and have an effect on health literacy and health outcomes (but also on aspects of life other than health). [...] These variables may occur before, during, after, or throughout the process of an individual accessing (or being exposed to), understanding, appraising, and communicating health information. The variables may be personal (related to the make-up of an individual due to life circumstances and genetics) or external (forces that are outside of an individual but with which an individual may interact)". In Kwan B., Frankish J., Rootman I., *op. cit.*, p. 83



Esso rende l'evidenza della dinamicità sottesa al processo di formazione dell'informazione e della conoscenza sanitaria, che nasce in uno spazio ideale, intersecante gli *input* provenienti da ambienti variegati e molteplici (famiglia, comunità, media, mercato, sistema educativo, lavoro, sistema politico, sistema sanitario), dipende da fattori individuali, più o meno modificabili, si estrinseca, a mò di *continuum*, nel corso della vita, condiziona e determina il comportamento di salute.

Decisioni prese ed azioni compiute non sono altro che il risultato delle abilità di *health literacy* che, in funzione della loro appropriatezza, condizionano l'*outcome* di salute.

Scelte di salute *health literate* incidono a livello di sistema, nella determinazione della misura della qualità dei servizi sanitari erogati e, come si avrà modo di dire più avanti, sul costo ad essi correlato e sul contenimento delle iniquità.

Tanto determina un circolo virtuoso irreversibile, mosso dal livello di *empowerment* dell'utente, generatore di migliori e più apprezzabili esiti di salute pubblica.

5 – L'importanza dell'health literacy

Nel precedente paragrafo si è affermato che l'*health literacy* condiziona gli *outcome* di salute, influenzando finanche sulla qualità e sui costi.

In questa parte del lavoro si vuole approfondire l'incidenza prodotta dall'*health literacy* sui seguenti aspetti:

- bassi *outcome* di salute;
- equità;

- costi ed impatto economico.

5.1 – Health literacy e outcome di salute

Gli studi menzionati nel precedente paragrafo hanno evidenziato la correlazione tra il livello di *literacy* e alcuni fattori quali l'istruzione, il reddito ma anche, ad esempio, l'età o l'etnia. Diviene altrettanto importante analizzare la relazione esistente tra i livelli di *literacy* e gli *outcome* di salute, per le ragioni che DeWalt, *et al.* (2004) riconducono alle seguenti:

- comprendere l'effettiva eziologia di bassi *outcome* di salute;
- pervenire alla definizione di un *marker* clinico adatto ad identificare i pazienti potenzialmente a rischio di bassi *outcome* di salute;
- implementare adeguate strategie di intervento⁴⁵ poiché, come affermato da Abel (2007) "*health literacy interventions are basic investments in people's general cultural capital, not only for the sake of better health outcomes but also because of increasing chances for social participation and self-directed action*".⁴⁶

Con il termine *outcome* ci si riferisce all'esito del "processo produttivo" in sanità, con ciò intendendo il raggiungimento di obiettivi di efficacia nei risultati dei servizi sanitari erogati (*output*) e dei fattori e delle risorse in essi impiegati (*input*)⁴⁷.

⁴⁵ DeWalt D.A., Berkman N.D., Sheridan S., Lohr K.N., Pignone M.P. (2004), "Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature", in *Journal of General Internal Medicine*, 19:1228–1239, p. 1236

⁴⁶ Abel T. (2007), "Cultural capital in health promotion", in: McQuenn D.V. e Kickbusch I., *et al.* (a cura di), *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. 1st ed. New York, Springer, pp. 43-73

⁴⁷ Ci riferiamo, ad esempio, ai seguenti indicatori: a) di mortalità: aspettativa di vita alla nascita; mortalità infantile; mortalità post-trauma; b) di morbidità: stato di salute percepito e auto-riferito; giornate

DeWalt, *et al.* (2004), in un'analisi eziologica della relazione esistente tra i livelli di *literacy* e gli esiti di salute, riconoscono l'esistenza di una correlazione tra la *literacy* e indicatori essenziali, quali la conoscenza della salute e della sanità, il grado di ospedalizzazione, lo stato di salute auto-riferito, alcune patologie croniche, e sostengono che, in generale, i soggetti con una *literacy* medio-bassa hanno un rischio di 1,5-3 volte superiore di incorrere in *outcome* di salute sfavorevoli o comunque in esiti sanitari poco efficaci⁴⁸.

Bassi livelli di *health literacy* sono rilevati in soggetti con scarsa conoscenza della salute e della sanità, che gestiscono in maniera peggiore le proprie patologie, spesso croniche, e ricorrono con minore frequenza alla prevenzione. Partendo da tale presupposto, e considerando anche il comportamento di salute del campione esaminato (fumo, indice di massa corporea, uso di alcool, attività fisica), le condizioni socio-demografiche, il livello di reddito e lo stato psicofisico, Baker, *et al.* (2007) verificano la forte incidenza di livelli di *health literacy* marginali o inadeguati sul tasso di mortalità, sostenendo che l'associazione tra l'*health literacy* e *outcome* di salute avversi è la risultante di "a wide variety of pathways that have a cumulative effect"⁴⁹.

Nel tentativo di sistematizzare l'associazione tra una *health literacy* limitata e gli *outcome* di salute avversi, la disamina effettuata sugli studi presenti in

di malattia, per sofferenza fisica e mentale; c) di condizione specifica: prevalenza di patologie croniche; distress psicologico severo.

⁴⁸ DeWalt D.A., *et al.*, *op. cit.*, p. 1236

⁴⁹ Baker D.W., Wolf M.S., Feinglass J., Thompson J.A., Gazmararian J.A., Huang J. (2007), "Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons", in *Archives of Internal Medicine.*; 167(14):1503-1509, p. 1508

letteratura ci porta a elencare nei seguenti indicatori quelli su cui si registra l'incidenza sfavorevole di una alfabetizzazione sanitaria limitata o inadeguata:

- maggiori comportamenti a rischio^{50,51,52}
- peggiori stati di salute^{53,54}
- minor ricorso alla prevenzione e agli *screening*⁵⁵
- ritardo nella diagnosi⁵⁶
- ridotta comprensione del proprio stato di salute, della diagnosi e della prognosi^{57,58}
- scarsa capacità di osservare le prescrizioni mediche⁵⁹
- minore capacità di auto-gestire la propria condizione^{60,61,62,63}

⁵⁰ Wilberforce M. (2005), *Graduate Market Trends (Prospects)*. Sheffield: Department for Education and Skills

⁵¹ Higgins C., Lavin T., Metcalfe O. (2008), *Health Impacts of Education: a review*. Institute of Public Health in Ireland

⁵² von Wagner C., Knight K., Steptoe A., Wardle J. (2007), "Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults", in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12): 1086–1090

⁵³ Baker D.W., Parker R.M., Williams M.V., Clark W.S. (1998), "Health literacy and the risk of hospital admission", in *Journal of General Internal Medicine*; 13:791-800

⁵⁴ Wolf M.S., Gazmararian J.A., Baker D.W. (2005), "Health literacy and functional health status among older adults", in *Archives of Internal Medicine*; 165:1946-52

⁵⁵ Davis T.C., Wolf M.S., Bass P.F. III, Middlebrooks M., Kennen E., Baker D. W., *et al.*, *op.cit.*, p.850

⁵⁶ Mattox E.A. (2010), "Identifying Vulnerable Patients at Heightened Risk for Medical Error", in *Critical Care Nurse*, 30:61-70

⁵⁷ Davis T.C., Wolf M.S., Bass P.F. III, Middlebrooks M., Kennen E., Baker D. W., *et al.* (2006), "Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels", in *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 847–851, p. 850

⁵⁸ Baker D.W., Wolf M.S., Feinglass J., Thompson J.A., Gazmararian J.A., Huang J., *op.cit.*, p.1508

⁵⁹ Davis T.C., Wolf M.S., Bass P.F. III, Middlebrooks M., Kennen E., Baker D. W., *et al.*, *op.cit.*, p.850

⁶⁰ *Ibidem*

- errato accesso od elevato ricorso all'ospedalizzazione^{64,65}
- aumentata ricorrenza di patologie croniche⁶⁶
- aumentato tasso di mortalità^{67,68}.

Il disagio e l'inadeguatezza sperimentati dai soggetti con bassi livelli di *health literacy* sono predittivi di un ulteriore e non trascurabile *outcome* avverso, che è dato da un costo psicologico⁶⁹ a carico del sistema, giacché atteggiamenti dissimulatori o celanti⁷⁰, messi in atto dai pazienti, inducono medici ed operatori del settore ad una mancata percezione del loro bisogno di *literacy*, producendo esiti inefficaci nell'interazione medico-paziente⁷¹.

⁶¹ Williams M.V., Baker D.W., Parker R.M., Nurss J.R. (1998), "Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes", in *Archives of Internal Medicine*; 158:166-72

⁶² Heneghan C., Alonso-Coello P., Garcia-Alamino J., *et al.* (2006), "Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis", in *Lancet*, 367, 404–411

⁶³ Johnston L.L., Ammary N., Epstein L., Johnson R., Rhee K., (2006), "A Transdisciplinary Approach to Improve Health Literacy and Reduce Disparities", in *Health Promotion Practice*, 3

⁶⁴ Baker D.W., Gazmararian J.A., Williams M.V., Scott T., Parker R.M., Green D., Ren J., Peel J. (2002), "Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees", in *American Journal of Public Health*; 92:1278-1283

⁶⁵ Mancuso C.A., Rincon M. (2006), "Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes", in *Journal of General Internal Medicine*; 21:813-817

⁶⁶ Nielson-Bohlman L., Panzer A., Kindig D., *op.cit.*, p.20

⁶⁷ Sudore R.L., Yaffe K., Satterfield S., Harris T.B., Mehta K.M., Simonsick E.M. (2006), "Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study", in *Journal of General Internal Medicine*; 21:806-912.

⁶⁸ Baker D.W., Wolf M.S., Feinglass J., Thompson J.A., Gazmararian J.A., Huang J., *op. cit.*, p. 1507

⁶⁹ U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, *National Action Plan to Improve Health Literacy*, maggio 2010

⁷⁰ Baker D.W., Parker R.M., Williams M.V., Ptikin K., Parikh, N.S., Coates, W., *et al.* (1996), "The health care experience of patients with low literacy", in *Archives of Family Medicine*, 5(6), 329–334

⁷¹ Rogers E.S., Wallace L.S., Weiss B.D. (2006), "Misperceptions of medical understanding in low-literacy patients: implications for cancer prevention", in *Cancer Control*, 13(3), 225–229

5.2 – Health literacy ed equità

*«Equity in health is the absence of systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across socially, demographically, or geographically defined populations or population subgroups».*⁷²

Questa definizione di equità proposta dall'*International Society for Equity in Health* è quella che, in questa sede, si preferisce proporre perché maggiormente esplicativa del concetto di “assenza” di disparità nell’accesso ai servizi sanitari.

Per far fronte alle profonde iniquità che esistono in ambito sanitario, occorre prendere atto che la medicina e l’assistenza sanitaria costituiscono solo due degli aspetti che determinano lo stato di salute di una popolazione, di gruppi sociali o di singoli individui⁷³. «In realtà, fattori essenziali sono tutte le variabili dell’ampio spettro di condizioni sociali ed economiche in cui vivono le persone: la povertà nelle sue diverse manifestazioni, le ingiustizie, la mancanza di istruzione, l’insicurezza dell’alimentazione, l’esclusione e la discriminazione sociale, l’insufficiente tutela della prima infanzia, le discriminazioni verso le donne, le abitazioni malsane, il degrado urbano, la mancanza di acqua potabile, la violenza diffusa, le lacune e l’inadeguata qualità dei sistemi assistenziali»⁷⁴.

I fattori suddetti richiamano diverse responsabilità nella garanzia dell’equità di accesso ai servizi di salute: da una responsabilità individuale, ad una di

⁷² Starfield B. (2006), “State of the art in research on equity and health”, in *Journal of Health Politics, Policy, and Law*;31:11-32, p.13

⁷³ Berlinguer G. *Storia della salute. Da privilegio a diritto*, 2011, Giunti editore, p.267

⁷⁴ *Ibidem*

comunità, ad una più ampia responsabilità di governo, a livello locale, nazionale e sovranazionale.

La *review* della letteratura dimostra quanto sia necessario incidere politicamente sui livelli di *health literacy* degli individui e della popolazione per favorire l'equità in sanità. von Wagner, *et al.* (2007), in particolare, affermano che il miglioramento del livello di alfabetizzazione sanitaria di coloro che registrano stati di salute peggiori e difficoltà nella comprensione delle informazioni sanitarie non può che determinare una riduzione delle diseguaglianze in ambito sanitario.

A ben vedere, esistono taluni fattori che limitano la capacità di fruizione dei servizi sanitari, che individuiamo in:

1. consapevolezza dei bisogni di salute, sicuramente carente presso quelle fasce della popolazione che, per cultura, estrazione sociale o etnia, non hanno coscienza, ad esempio, del valore della prevenzione;
2. soglia di accesso, per la quale gli utenti deboli spesso incontrano un innalzamento di barriere comunicative;
3. competenza del personale sanitario, spesso impreparato a rispondere al bisogno di cura espresso da utenti svantaggiati;
4. caratteristiche organizzative, che, come meglio si tenterà di chiarire nel prosieguo del lavoro, sovente impediscono all'utente debole di accedere in maniera appropriata al servizio di cura.

I fattori appena elencati producono effetti sul livello di *health literacy* e generano deficit di equità nell'accesso ai servizi sanitari.

Nutbeam & Kickbusch (2000) sostengono che le iniquità d'accesso ai servizi sanitari aumentano al pari delle differenze socio-economiche tra Paesi e nei

Paesi. Non bastano, dunque, miglioramenti nelle cure e nelle tecnologie per migliorare lo stato di salute dei singoli e delle popolazioni, bensì occorrono adeguate strategie di supporto alla stato di salute, che facciano leva su un set multifattoriale che contemperi investimenti sul livello educativo e sul grado di *health literacy*⁷⁵.

*“Efforts to promote social equity in health are therefore aimed at creating opportunities and removing barriers to achieving the health potential of all people. It involves the fair distribution of resources needed for health, fair access to the opportunities available, and fairness in the support offered to people when ill. The outcome of these efforts would be a gradual reduction of all systematic differences in health between different socioeconomic groups. The ultimate vision is the elimination of such inequities, by leveling up to the health of the most advantaged”*⁷⁶. Il portato che scaturisce da tale visione è di forte impatto etico, teso a rimuovere il gradiente di ingiustizia imperante nella distribuzione del “bene salute” tra gli individui.

A simile conclusione pervengono anche Volandes & Paasche-Orlow (2007) che sostengono che i bassi esiti di salute derivanti da un’*health literacy* inadeguata *«ought to be understood as a fundamental injustice of the healthcare system»*⁷⁷.

⁷⁵ Nutbeam D., Kickbusch I. (200), “Advancing health literacy: a global challenge for 21st century”, in *Health Promotion International*, Oxford University Press, 15 (3): 183-184

⁷⁶ Whitehead M., Dahlgren G. (2006), *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. World Health Organization, pp. 4-5

⁷⁷ Volandes A.E., Paasche-Orlow M.K. (2007), “Health literacy, health inequality and a just healthcare system”, in *The American Journal of Bioethics*;7(11):5–10, p.5

5.3 – Health literacy, costi e impatto economico

La disamina intorno all'*health literacy* non può che investire anche l'aspetto economico, quanto mai rilevante in un settore, quello sanitario, che, nei Paesi OCSE, registra un *trend* crescente di spesa, sia in termini nominali che come incidenza sul PIL, ed è fortemente sostenuto da risorse pubbliche.

Nella letteratura scientifica disaminata risulta prevalere l'assunto che una adeguata *health literacy* può avere sul contenimento della spesa sanitaria a carico dei singoli e dei sistemi sanitari, se si riesce a concretizzare il passaggio da un paziente «passivo consumatore», mero «assistito» e «fruitore», a un paziente «esperto», «partner dei curanti», ossia capace di compiere scelte attive nel processo di cura, riducendo il ricorso a trattamenti impropri e all'eccessiva medicalizzazione.

Decisamente carenti sono gli studi sistematici volti a individuare con compiutezza le conseguenze economiche di un'*health literacy* inadeguata, eppure la *review* sin qui compiuta ci consente già di pervenire ad alcune significative evidenze.

A livello globale, il costo della "*illiteracy*" è stimato nel 2% del Pil mondiale⁷⁸.

La mancanza di studi organici, a livello mondiale, ci porta a non poter stimare l'impatto economico dell'*health literacy* sull'economia globale, eppure vengono in nostro soccorso le evidenze dei primi studi compiuti a livello accademico sul tema. Vernon, *et al.* (2007) stimano che il costo per l'economia statunitense di una scarsa *health literacy* sia variabile tra 106 e

⁷⁸ World Literacy Foundation (www.worldliteracyfoundation.org)

238 mila miliardi di dollari annui, pari a 7-17% della spesa sanitaria annua pro-capite⁷⁹.

Weiss & Palmer (2004) dimostrano che, in media, la spesa pro-capite annua è del 73% circa più elevata per quei soggetti⁸⁰ con scarsa *health literacy*.

Eichler, *et al.* (2009) stimano un costo addizionale annuo compreso tra il 3 e il 5% della spesa sanitaria complessiva⁸¹.

Una generalizzazione delle evidenze suesposte è d'obbligo.

Non possiamo non considerare l'impatto che la spesa sanitaria e il finanziamento pubblico alla sanità hanno sui vari sistemi economici, tantomeno trascurabile è una riflessione sul momento di crisi che attanaglia i sistemi sanitari e sul conseguente dibattito intorno alla “*best way*” per il risanamento. Senza per questo voler vedere nel miglioramento dei livelli di *health literacy* una panacea, la constatazione che la modalità di consumo del “bene salute” è fortemente influenzata dalla scelta operata dal paziente-utente, e dalla sua conseguente capacità di comprendere e “trattare” le informazioni di salute in maniera appropriata⁸², ci induce ad asserire che quanto più il paziente-utente è in grado di operare una scelta di salute consapevole, informata, adeguata, tanto più contenuto è il costo del servizio sanitario erogato.

⁷⁹ Vernon J.A., Trujillo A., Rosenbaum S., De Buono B. (2007), “Low health literacy: Implications for national health policy”, *George Washington University Medical Centre, School of Public Health and Health Services*, p.1

⁸⁰ Lo studio si riferisce a soggetti iscritti al programma di assistenza sanitaria Medicaid.

⁸¹ Eichler K., Wieser S., Brügger U. (2009), “The costs of limited health literacy: a systematic review”, in *International Journal of Public Health*, 54:313-324, p.321

⁸² Levy M., Royne M.B. (2009), “The impact of consumers’ health literacy on public health”, in *The Journal of Consumer Affairs*, Vol. 43. No. 2, pp. 367-372

La riduzione dei costi legati ad accresciuti livelli di *health literacy* è un obiettivo perseguibile, sicuramente nel medio-periodo, che può aversi, a nostro giudizio, in almeno tre vie, distinte ma complementari:

1. ricorso alla prevenzione: un livello di adeguata alfabetizzazione sanitaria induce la popolazione ad aderire maggiormente a campagne di *screening* e, al contempo, ad osservare i protocolli di cura. In questo, non si può non considerare la difficile gestione delle malattie croniche, in costante crescita;
2. leva sull'istruzione: l'attivazione di percorsi formativi in ambito scolastico consente di colmare il *gap* di *literacy* "familiare" e di livellare le conoscenze di salute dei futuri cittadini;
3. trasferimento fattuale della domanda di salute sul territorio: una rinnovata organizzazione della medicina territoriale non può che scoraggiare l'accesso improprio all'ospedale, ed il conseguente costo correlato⁸³.

⁸³ Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso in conseguenza dei seguenti fattori:

- un crescente bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- il miglioramento delle cure, con aumento della sopravvivenza, in pazienti affetti da pluripatologie, i quali, con maggior frequenza, necessitano dell'intervento del sistema d'emergenza-urgenza;
- il ruolo di "rete di sicurezza" rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli;
- la convinzione del cittadino di ottenere un inquadramento clinico-terapeutico migliore e in tempi brevi;
- la preminenza del modello di salute tecnologico centrato sull'Ospedale rispetto al modello preventivo-territoriale centrato sulla Medicina di Base.

Non ultimo, e non trascurabile, è il notevole sviluppo del sistema organizzato di emergenza sanitaria, non compensato da una opportuna consapevolezza da parte del cittadino dei compiti ad esso affidati. (rif. *Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale"*. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2010)

SECONDO CAPITOLO

SOMMARIO: 1. Metodi e strumenti di misurazione dell'health literacy – 2. National Assessment of Adult Literacy (NAAL) – 3. National Action Plan to Improve Health Literacy – 4. European Health Literacy Survey (HLS-EU) – 5. REALM - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – 6. TOFHLA - Test of Functional Health Literacy in Adults – 7. NVS - Newest Vital Sign – 8. Single item literacy screen – 9. Metodi e strumenti di misurazione dell'health literacy organizzativa

1 – Metodi e strumenti di misurazione dell'health literacy

Si ritiene necessario, a questo punto del lavoro, procedere ad illustrare gli strumenti e i metodi sviluppati in dottrina per misurare il grado di *health literacy*.

Si tratta di modelli e strumenti diversi, utilizzati sia per indagini sulla popolazione che per misurazioni individuali.

Tra i primi, si vogliono annoverare due *surveys*, condotte negli Stati Uniti e in Europa, che, per i risultati raggiunti, si pongono ad archetipo per quei Paesi che intendono analizzare il livello di alfabetizzazione sanitaria della loro popolazione. Facciamo, dunque, riferimento agli statunitensi *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) e *National Action Plan to Improve Health Literacy* e al progetto europeo *European Health Literacy Survey* (HLS-EU).

2 – National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

Nel 2003 il *National Center for Education Statistics* (NCES) degli Stati Uniti ha promosso il progetto NAAL - *National Assessment of Adult Literacy*.

Si tratta di uno studio del grado di alfabetizzazione della popolazione americana adulta⁸⁴, condotto su scala nazionale.

Più in dettaglio, il NAAL, studiando un campione rappresentativo della popolazione statunitense composto da 19.200 individui (18.000 adulti e 1.200 detenuti), si è proposto di:

- descrivere la condizione di alfabetizzazione della popolazione americana adulta;
- delineare *trends* su scala nazionale;
- individuare le relazioni esistenti tra il livello di alfabetizzazione e alcune caratteristiche specifiche della popolazione.

Per pervenire al proprio oggetto di indagine, il NAAL ha individuato alcune variabili demografiche e socioeconomiche della popolazione americana, utili ad inferire le risultanze sul livello di *literacy*: età, genere, etnia, tasso di scolarizzazione, livello occupazionale, reddito familiare.

Nell'ambito della vasta e omnicomprensiva ricerca sul livello di *literacy* della popolazione statunitense, per la prima volta è stato introdotto un *focus* sull'alfabetizzazione sanitaria, adottando degli *items* appositamente predisposti. Nel NAAL c'è, dunque, la manifestazione di una iniziale presa di coscienza delle istituzioni e dei ricercatori statunitensi verso il ruolo determinante insito nell'*health literacy*.

⁸⁴ Il NAAL considera "adulto" il cittadino che ha più di sedici anni di età.

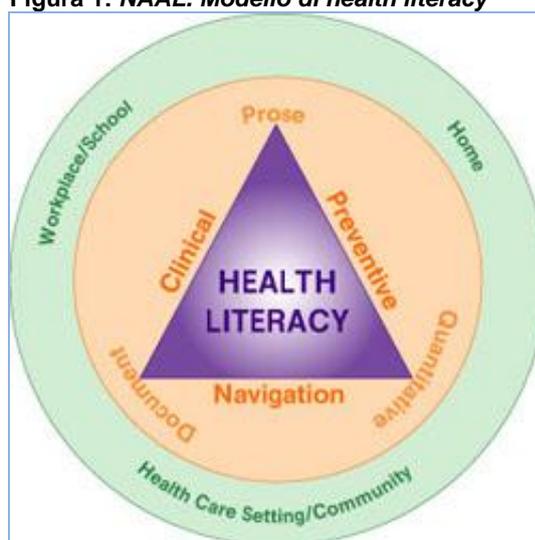
Le competenze di *health literacy* sono state indagate in tre domini:

- medico-sanitario (*clinical*)⁸⁵;
- prevenzione (*preventive*)⁸⁶;
- “navigazione” del sistema sanitario (*navigation*)⁸⁷.

Il grado di *health literacy* è stato misurato usando una scala a gradiente crescente (*below basic, basic, intermediate, proficient*).

Specificamente, il NAAL si propone di misurare l’*health literacy* funzionale, ossia la “*adults’ ability to perform health literacy tasks similar to those they encounter in real life at home, at work, and in the community, including health care settings*”⁸⁸ (Figura 1):

Figura 1: NAAL. Modello di health literacy



Fonte: U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences, National Center for Education Statistics, National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

⁸⁵ «*Clinical tasks*: those involving medication, the diagnosis and treatment of illness, and interactions between patients and health care providers», in White S. (2008), *Assessing the Nation's Health Literacy. Key concepts and findings of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*, American Medical Association Foundation, p.7

⁸⁶ «*Preventive tasks*: those having to do with selfcare and self-management, healthy habits, maintaining and improving health, and preventing illness», *ibidem*

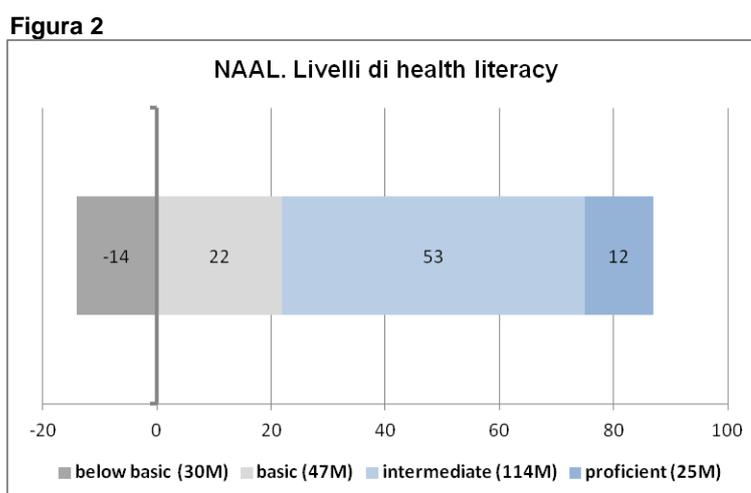
⁸⁷ «*Navigation tasks*: those having to do with rights and responsibilities and with negotiating one's way through the health care system and bureaucracy», *ibidem*

⁸⁸ *Ivi*, p.6

L'indagine NAAL si concentra, in particolare, sulla rilevazione di tre abilità di *literacy* e, quindi, di *health literacy*:

- *prose literacy*: “adults perform prose health literacy tasks when they gather health information from newspapers, brochures, and instructional materials” (White, 2008);
- *document literacy*: “adults perform document health literacy tasks when they fill out a health insurance form, study the charts or graphs found in health materials, search a map to find the intersection where a health facility is located, or find the proper dosage on a drug label” (White, 2008);
- *quantitative literacy*: “adults perform quantitative health literacy tasks when they compare health insurance costs, perform on-the-spot calculations of the practical meaning of food labels, determine the timing of medications, or calculate how to adjust dosage on a medication to meet unusual circumstances” (White, 2008).

L'esito dell'indagine è rappresentato nella figura seguente:

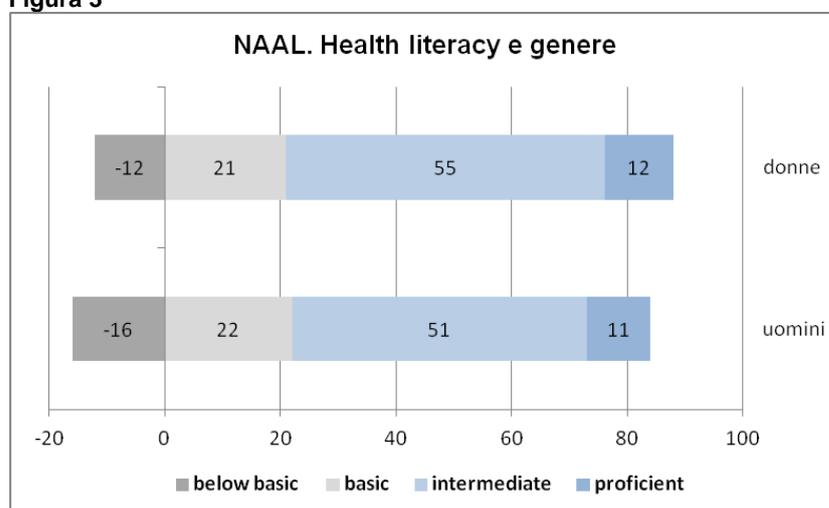


Fonte: nostro adattamento da U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences, National Center for Education Statistics, National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

Il 53% della popolazione (pari a 114 milioni di individui adulti) si colloca ad un livello di *health literacy* intermedia. Per contro, più di un terzo della popolazione (36%) registra livelli critici di *health literacy* (*below basic* e *basic*). Solamente il 12% della popolazione (pari a 25 milioni di individui adulti) si attesta ad un livello ottimale di *health literacy*.

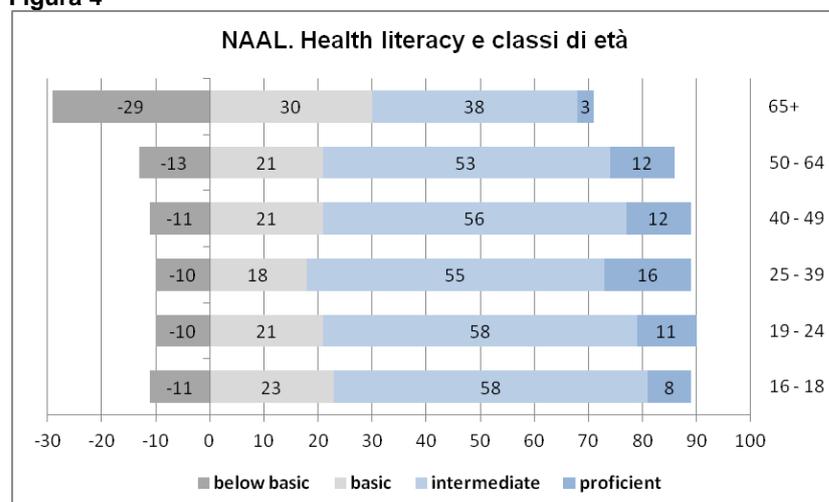
Più in dettaglio, livelli di maggiore criticità si registrano presso la popolazione maschile (Figura 3) e si concentrano nelle fasce di età più elevate (Figura 4):

Figura 3



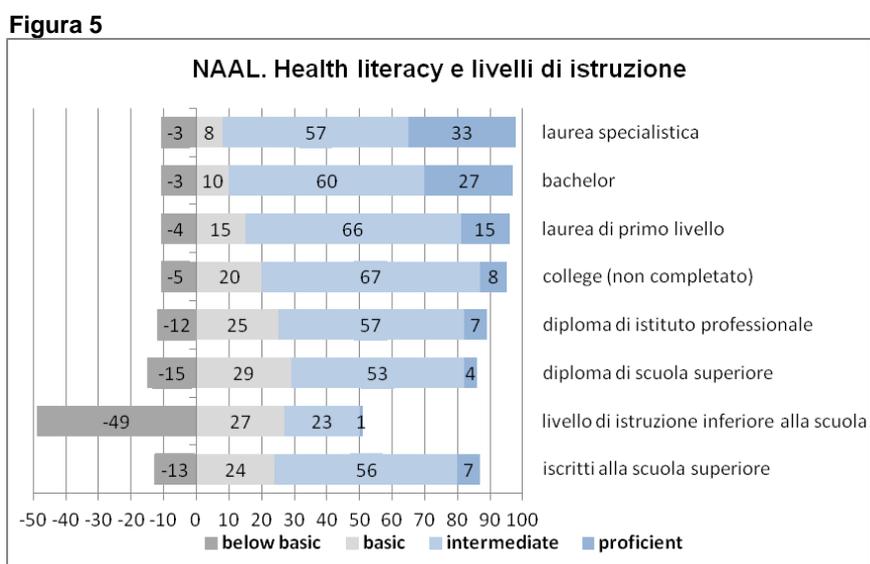
Fonte: nostro adattamento da U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences, National Center for Education Statistics, National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

Figura 4



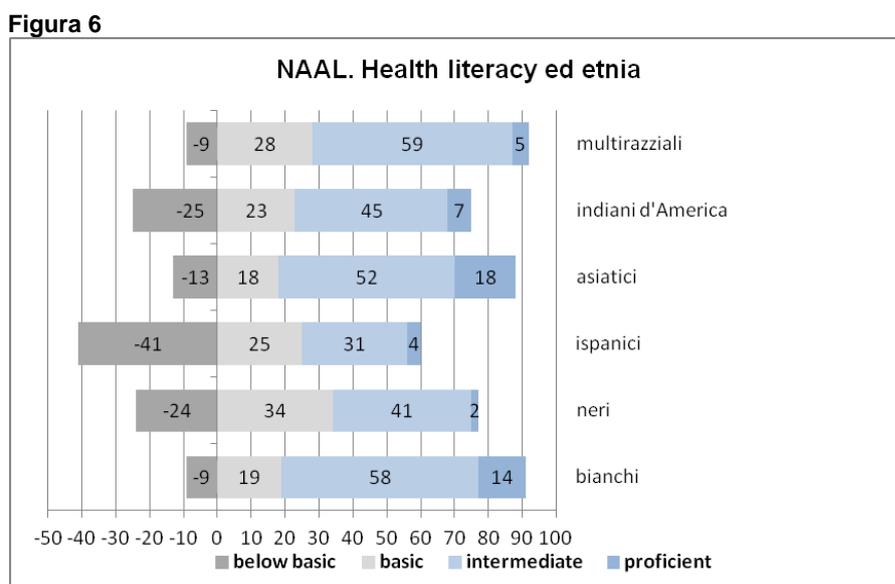
Fonte: nostro adattamento da U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences, National Center for Education Statistics, National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

Livelli di *health literacy* adeguata si associano a più elevati tassi di scolarizzazione (Figura 5):



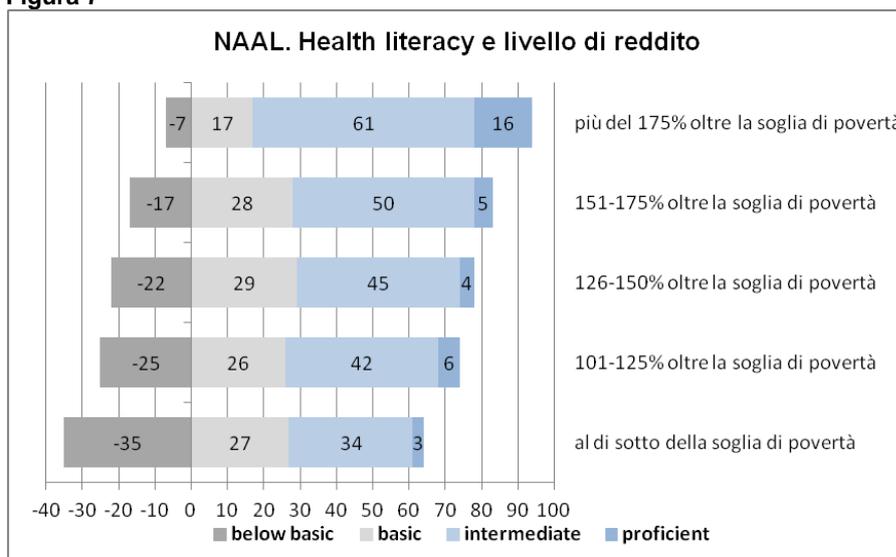
Fonte: nostro adattamento da U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences, National Center for Education Statistics, National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

La due figure successive descrivono i risultati dell'indagine, rispettivamente, per etnia e derivazione razziale della popolazione statunitense (Figura 6) e per livello di reddito (Figura 7), e descrivono come i livelli di *health literacy* inadeguata si concentrino presso le minoranze etniche, sovente rappresentate da immigrati, e presso le fasce sociali a reddito più basso:



Fonte: nostro adattamento da U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences, National Center for Education Statistics, National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

Figura 7



Fonte: nostro adattamento da U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences, National Center for Education Statistics, National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

3 – National Action Plan to Improve Health Literacy

Nel 2010, il *Department of Health and Human Services* degli Stati Uniti ha lanciato il *National Action Plan to Improve Health Literacy*, con l'obiettivo di impegnare i professionisti della salute, le organizzazioni, la politica, la comunità, le famiglie ed i singoli individui in uno sforzo sinergico volto a implementare l'*health literacy*.

L'Action Plan è ispirato ai seguenti principi-guida⁸⁹:

- tutti hanno diritto ad un'informazione sanitaria che aiuti a prendere decisioni sanitarie adeguate;
- il servizio sanitario deve essere erogato in maniera tale da essere comprensibile a tutti i cittadini, a garanzia della qualità della vita, della longevità e del benessere generale della popolazione.

⁸⁹ U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, *National Action Plan to Improve Health Literacy*, maggio 2010

La *vision* dell'Action Plan è una società *health literate* che garantisca ad ogni individuo l'accesso ad informazioni sanitarie adeguate ed esaustive; che sostenga ed incentivi le abilità di *literacy* dei cittadini nel corso della loro vita; in cui le informazioni e i servizi sanitari vengano erogate ponendo al centro il bisogno dell'utente/paziente, a misura dell'impegno nella promozione di un buon livello di salute collettivo.

L'Action Plan individua sette obiettivi essenziali, da integrare in un approccio univoco verso l'implementazione del livello di *health literacy* della popolazione:

1. sviluppare e diffondere informazioni sanitarie in maniera adeguata, accurata e accessibile⁹⁰;
2. promuovere cambiamenti nel sistema sanitario, volti ad accrescere le informazioni sanitarie disponibili, così come il livello di comunicazione, la possibilità di prendere decisioni sanitarie informate e il grado di accesso ai servizi sanitari⁹¹;

⁹⁰ *"In today's communication-rich environment, people look for information about their health and safety to understand diagnoses, decide on treatments, make prevention decisions, and evaluate risks to their health. And we know that much of the health and safety information available is too technical, complex, and unclear about recommended actions. Safety information refers to information about avoiding injury, danger, or risk. The gap between the readability of written health information and the literacy skills of individuals is well-documented. [...] The ways in which health and safety information are communicated to the public have a significant impact on health literacy. Numerous attributes of our health system contribute to poor health information:*

- *technical and medical terminology in public communications*
- *confusing or unnecessary statistics*
- *nuanced or unclear recommendations and explanations of risk*
- *over-reliance on written communication*
- *a focus on awareness and information rather than action and behavior*
- *limited use of cultural preferences and practices when targeting and tailoring information and interventions.*

[...] Public health officials must recognize that some communities face multiple communication barriers. [...] Key organizations and professionals play a critical role in developing and disseminating health and safety information to the public and professionals". Ivi, pp.18-19

⁹¹ *"Our Nation's health care system is inherently complex. [...] Recent shifts in the delivery of care - including specialization and fragmentation of care, an emphasis on self-management, and complex*

3. introdurre moduli formativi adeguati e standardizzati sull'informazione sanitaria nei percorsi didattici per gli adolescenti e nei programmi dei corsi di studio universitari⁹²;
4. sostenere ed amplificare gli sforzi delle comunità locali per supportare l'educazione della popolazione adulta attraverso servizi informativi sanitari appropriati, da un punto di vista culturale e linguistico⁹³;

financing and coverage requirements - have placed additional demands on patients to be informed and proactive about their health.

Many factors in the current health care system contribute to limited health literacy, including:

- *Lack of coordination among health care providers*
- *Confusing forms and instructions*
- *Limited use of multimedia to convey information*
- *Insufficient time and incentives for patient education*
- *Differences in language and cultural preferences and expectations between doctors and patients*
- *Overuse of medical and technical terms to explain vital information.*

[...] Several organizations and professionals play a critical role in promoting changes in the health care delivery system to improve health information, communication, informed decision making, and access to clinical and public health services:

- *Health care professionals*
- *Educators and licensing and credentialing organizations*
- *Accreditation organizations*
- *Health care executives*
- *Health information and library professionals". Ivi, p.25-26*

⁹² *"Health literacy skills start early in life and are part of the process of caring for and educating children, adolescents, and young adults. [...] Health literacy skills are [...] important, and more can be done to integrate health literacy in early child care and education. [...] (We) have recognized the value of teaching functional health information in school, including the essential health skills necessary to adopt, practice, and maintain healthy behaviors. Health literacy is becoming more relevant as adolescents are increasingly involved with their health care, regularly interact with the health system, and access health information that informs their actions and behaviors. [...] Significant barriers to health literacy continue to exist in our Nation's schools. [...] Several educational professionals play a critical role in integrating health literacy in early child care and education through the university level:*

- *Early childhood administrators, managers, and policymakers*
- *Educational administrators, managers, and policymakers (K-12 and university)". Ivi, p.32*

⁹³ *"Communities play a central role in supporting efforts to improve health literacy. Emphasis should be placed on community opportunities for communication, education, and peer support surrounding health information seeking and access to care. Communities and organizations can support programs, [...], at the same time that they ensure health information and services meet the linguistic needs of the populations they serve. Several groups from the community play an important role in supporting efforts to improve health literacy:*

- *Educators and community service providers*
- *Health care team and health information and library professionals*

5. realizzare *partnership*, sviluppare percorsi di assistenza e modificare le politiche⁹⁴;
6. incoraggiare la ricerca di base, lo sviluppo, l'implementazione e la valutazione di tecniche ed interventi volti ad aumentare il livello di *health literacy*⁹⁵;
7. aumentare la diffusione e l'utilizzo di interventi ed azioni a favore dell'*health literacy*, di tipo *evidence-based*⁹⁶.

Health care and adult education communities are natural allies in efforts to improve health literacy. These two sectors can partner to provide tools that help people navigate and access health care services". Ivi, p.35

⁹⁴ *"Productive partnerships among all types of organizations and professional groups will go a long way toward identifying and implementing the most effective strategies and actions to improve health literacy. Organizations and professions can go it alone, but progress toward the goals will be faster and more sustainable with consensus on common strategies, outcomes, interventions, and products among many organizations, associations, and agencies:*

- *Philanthropic, nonprofit, voluntary, advocacy, academic, and professional organizations*
- *Government agencies.*

The organizational base should expand beyond traditional health care and educational sectors and include philanthropic, nonprofit, voluntary, advocacy, academic, and professional associations. [...] Private institutions can build commitment among national health associations and other stakeholders to promote health literacy. [...] Nonprofit, voluntary, advocacy, and professional associations can inform and educate consumers about their rights and responsibilities and help them to use health care services more effectively. They can help to educate health care providers about the need to communicate health information clearly. They can give providers tools to improve their communication skills. They may also publish evidence-based decision aids and guides for diverse audiences. [...] Public health agencies must also play a more prominent role because of their population-based approach and their responsibility to promote and protect the health of all. Such agencies have a wide range of activities that directly connect to health literacy". Ivi, p.39

⁹⁵ *"Many of the health literacy intervention studies to date have been relatively small in size. Much of the evidence on interventions comes from improving doctor–patient communication, simplifying written materials, and using video or other supplementary materials. More studies are needed that compare more than one intervention. Various health professionals are critical to such studies:*

- *Researchers, evaluators, and funders*
- *Public health professionals*

Government agencies, foundations, and research universities should prioritize funding for qualitative and quantitative studies related to health literacy improvement". Ivi, p.43

⁹⁶ *"Advances in health care are limited by a failure to translate research findings into practice. Original research may take as long as one or two decades to be put into routine clinical practice. Increasing health literacy research is not enough - especially if the research is not used to create evidence-based interventions or the interventions are not widely disseminated to organizations, professionals, and consumers. The disciplines of communication and social marketing could make significant*

Per ogni obiettivo, il Piano individua gli *stakeholder*⁹⁷ e le strategie che costoro sono chiamati ad implementare.

Con l'Action Plan l'*health literacy* viene definitivamente posta nella prospettiva "*mainstream*" della promozione della salute statunitense.

L'approccio che, d'ora innanzi, i *policy makers* si propongono di adottare può essere felicemente sintetizzato nell'acronimo STEPP, introdotto da Baur (2007) a conclusione di uno dei *meeting* preparatori all'Action Plan, e di seguito riportato:

“Sharing – We must share information, findings, program successes and areas for improvement, amongst ourselves and across disciplinary and organizational boundaries.

Technology – While mindful of the digital divide, we must consider technology an essential tool for health literacy improvement.

contributions to shaping research and practice on dissemination activities. The literature suggests that passive diffusion (e.g., clinical practice guidelines; mass mailing; and presentations to large, heterogeneous groups) is largely ineffective in achieving widespread program adoption. Ineffective dissemination wastes scarce resources. Effective dissemination of evidence-based programs often requires a more active, systematic, and controlled approach and strong organizational commitment. Several groups play critical roles in disseminating and using evidence-based health literacy practices and interventions:

- *Researchers, academic organizations and journals, and health information and library professionals*
- *Professional associations, advocacy groups, and funders*

But dissemination is not an end in itself. Intended benefits depend on integration and implementation by end users who will also determine the relevance and usability of whatever is disseminated. Therefore, end users need to be considered early in the process of generating the research they might use. Interactive engagement and dialogue with the public is also vital to disseminating and using evidence-based health literacy research". Ivi, p.45

⁹⁷ Aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private, enti, istituzioni, organizzazioni no profit, associazioni, istituti scolastici, imprese pubbliche e private, gruppi civici, individui, sono considerati *stakeholder*, giacché possono «*making health literacy a vital part of the health care transformation process that will help promote better health and health care for the nation*». In Koh H.K., et al. (2012), *op.cit.*, p.435

Evaluation – More programs need all types of evaluation, especially evaluation that accounts for what is important to different population groups.

Partnership – We must create partnerships with communities and with each other.

*Participatory – Health literacy has its roots in community engagement. We must partner with the people we are trying to help”.*⁹⁸

4 – European Health Literacy Survey (HLS-EU)

L'accresciuta consapevolezza dei *policy makers* europei rispetto al tema dell'*health literacy*, spinta dalle evidenze scientifiche e dagli orientamenti politici delle realtà statunitensi, ha indotto la Commissione Europea a fare dell'*health literacy* una delle aree di intervento prioritarie per il miglioramento della salute della popolazione comunitaria.

Nel Libro bianco *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*⁹⁹, la Commissione Europea traccia la propria strategia per indirizzare le attività dell'Unione in ambito sanitario. Nel sottolineare il valore fondamentale dell'*empowerment* dei cittadini, che vengono visti come soggetti attivi “*rather than a mere object of healthcare*”¹⁰⁰, la Commissione menziona esplicitamente l'*health literacy* e la promozione di programmi di alfabetizzazione sanitaria come azioni prioritarie delle politiche comunitarie.

⁹⁸ Baur C. (2007), *Town Hall Meeting on Improving Health Literacy*, New York

⁹⁹ European Commission: *Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. In *Com (2007) 630 final*. 2007, 1-12

¹⁰⁰ *Ivi*, p.4

Tale pronunciamento ha fatto da prologo al progetto *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), lanciato nel 2009, al fine di:

- sviluppare uno strumento concettuale per misurare l'*health literacy* in ambito europeo;
- creare un primo set di dati sull'*health literacy* degli otto Paesi partecipanti allo studio¹⁰¹, da adattare alle diverse realtà nazionali;
- istituire un *network* europeo per lo sviluppo di studi, ricerche e progetti sull'*health literacy*;
- identificare, attraverso i *National advisory boards* istituiti nelle istituzioni aderenti al *HLS-EU Consortium*¹⁰², le aree più appropriate per implementare strategie di alfabetizzazione sanitaria e, di converso, individuare le criticità emergenti a livello nazionale.

La prima fase dell'*HLS-EU Project* ha visto impegnati i *partners* del consorzio nella definizione di un modello concettuale integrato sull'*health literacy*. Partendo da una *review* della letteratura, sviluppata attraverso i crismi della *content analysis*¹⁰³, i ricercatori afferenti il consorzio sono pervenuti dapprima ad una definizione condivisa dell'*health literacy*:

¹⁰¹ Austria, Bulgaria, Germania, Grecia, Irlanda, Paesi Bassi, Polonia, Spagna.

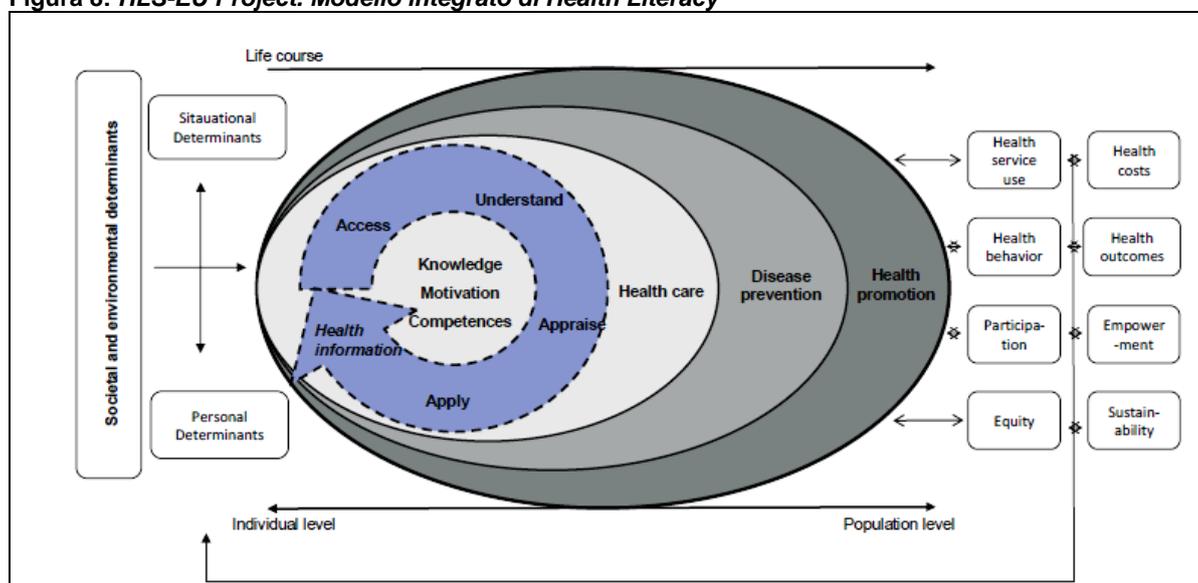
¹⁰² Hanno aderito al consorzio le seguenti istituzioni: Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Vienna; University College Dublin, National University of Ireland, Dublino; Department of International Health, Research School of Primary Care and Public Health, Maastricht University, Maastricht; National Institute of Cardiology, Varsavia; Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

¹⁰³ La metodologia di ricerca della *content analysis* analizza materiali testuali, ne evidenzia il contenuto semantico e permette inferenze ad alto tasso di significatività tra le diverse informazioni rilevate nel documento oggetto di studio. Si veda Krippendorff K. (2004), *Content analysis: an introduction to its methodology*. Sage publications

“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course”¹⁰⁴,

e, successivamente, ad una modellizzazione, riportata in figura 8, che di seguito si vuole presentare.

Figura 8: HLS-EU Project. Modello integrato di Health Literacy



Fonte: Sørensen K., et al. (2012)

Il modello qui rappresentato esplicita la definizione su riportata, e mette a sistema:

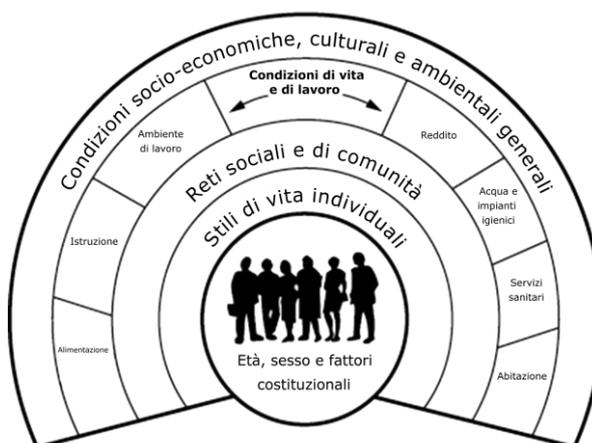
- tre domini di *health literacy*:
 1. cura e salute (*health care*)
 2. prevenzione dalle malattie (*disease prevention*)
 3. promozione della salute (*health promotion*)

¹⁰⁴ Sørensen K, et al. (2012), “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”, in BMC Public Health 2012 12:80.

- quattro dimensioni delle competenze:
 1. accesso (*access*) alle informazioni di salute
 2. comprensione (*understand*) delle informazioni di salute
 3. valutazione (*appraise*) delle informazioni di salute
 4. utilizzo (*apply*) delle informazioni di salute
- il combinato disposto tra determinanti¹⁰⁵ prossimali (*personal and situational determinants*) e determinanti distali (*societal and environmental determinants*), che impatta sull'*health literacy*

¹⁰⁵ Con il termine “determinanti di salute” ci si riferisce a tutti quei fattori che, in varia misura, influenzano l’insorgenza di uno stato di malattia o mancata salute e ne caratterizzano l’evoluzione. I determinanti sono tradizionalmente distinti in prossimali, che impattano direttamente sullo stato di salute, e distali, che generano effetti sullo stato di salute in maniera indiretta. “*I determinanti della salute possono essere raggruppati in varie categorie (elementi di contesto socio-economici, istruzione, reddito, comportamenti individuali, fattori genetici), analizzati a differenti scale (individuale, collettiva), distinti a seconda delle possibilità di intervento su di essi (non modificabili o difficilmente modificabili, modificabili a livello di comportamenti individuali, modificabili con interventi su macroaggregati sociali)*” Zanella R. (2011), *Manuale di economia sanitaria*, Maggioli editore, p.40

Una efficace rappresentazione dei determinanti della salute è data dal modello della scuola nord europea, di seguito rappresentato, proposto da Dahlgren e Whitehead (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: World Health Organization:



A riguardo, l’*European Public Health Alliance* afferma: “*It is well recognised that differences in health status at a population level are closely linked to social determinants of health. Social and environmental determinants of health are the conditions in which people are born, grow up, live, work and age. They will affect their opportunities to be healthy, their risks to develop illnesses or suffer injuries and their life expectancy.*” in EPHA (2010), *2010 EPHA Briefing on Health Inequalities*, www.ephpa.org

- il nesso di collegamento tra *health literacy* e esiti di salute, di tipo *intangible* (*equity, sustainability, participation, empowerment*) e *tangible* (*health service use, health behavior, health costs, health outcomes*)
- la dimensione di *health literacy* individuale (*individual level*) con quella di comunità (*population level*)
- l'aspetto dinamico ed evolutivo (*life course*) dell'*health literacy*.

La definizione del modello concettuale, appena esposta, ha successivamente indotto i *partners* dell'*HLS-EU Consortium* a definire una matrice, utile a predisporre un questionario per la misurazione del livello di *health literacy*.

Assumendo che le competenze messe in atto nel processo di accesso, comprensione, valutazione ed utilizzo dell'informazione sanitaria rappresentino delle dimensioni cruciali di *health literacy*, tali da richiedere conoscenze e abilità specifiche per permettere ad un individuo di navigare i tre domini in cui è scomposto il *continuum* salute (cura, prevenzione, promozione)¹⁰⁶, la matrice, raffigurata in tabella 1, combina dimensioni e domini di *health literacy* e individua dodici sotto-dimensioni dell'*health literacy*, che costituiscono l'ossatura del questionario di misurazione.

¹⁰⁶ Sørensen K., *et al.*, *op.cit.*, p. 9

Tabella 1: HLS-EU Project. Matrice di derivazione del questionario

Health literacy	Accesso ad informazioni rilevanti per la salute	Comprensione di informazioni rilevanti per la salute	Analisi e valutazione di informazioni rilevanti per la salute	Utilizzo di informazioni rilevanti per la salute
Cura e salute	1) Capacità di ottenere informazioni di tipo medico (4 quesiti)	2) Capacità di comprendere le informazioni mediche e di derivarne il significato corretto (4 quesiti)	3) Capacità di interpretare e valutare le informazioni di tipo medico (4 quesiti)	4) Capacità di prendere decisioni adeguate su questioni di tipo medico (4 quesiti)
Prevenzione dalle malattie	5) Capacità di ottenere informazioni su fattori di rischio (4 quesiti)	6) Capacità di comprendere le informazioni sui fattori di rischio e di derivarne il significato corretto (3 quesiti)	7) Capacità di interpretare e valutare le informazioni sui fattori di rischio (5 quesiti)	8) Capacità di formulare giudizi sulle informazioni relative ai fattori di rischio (3 quesiti)
Promozione della salute	9) Capacità di mantenersi aggiornati su argomenti inerenti la salute (5 quesiti)	10) Capacità di comprendere le informazioni inerenti la salute e di derivarne il significato corretto (4 quesiti)	11) Capacità di interpretare e valutare le informazioni inerenti la salute (3 quesiti)	12) Capacità di formarsi un'opinione ponderata su argomenti inerenti la salute (4 quesiti)

Fonte: *nostro adattamento da Sørensen K., et al. (2012)*

Per ognuna delle dodici sub-dimensioni di *health literacy* sono stati formulati una serie di quesiti, che consentono di pervenire alla misurazione di:

- un indice generale di *health literacy* (su 47 items)
- tre indici specifici, di cui:
 - un indice di “*health care literacy*” (su 16 items)
 - un indice di “*disease prevention health literacy*” (su 15 items)
 - un indice di “*health promotion health literacy*” (su 16 items).

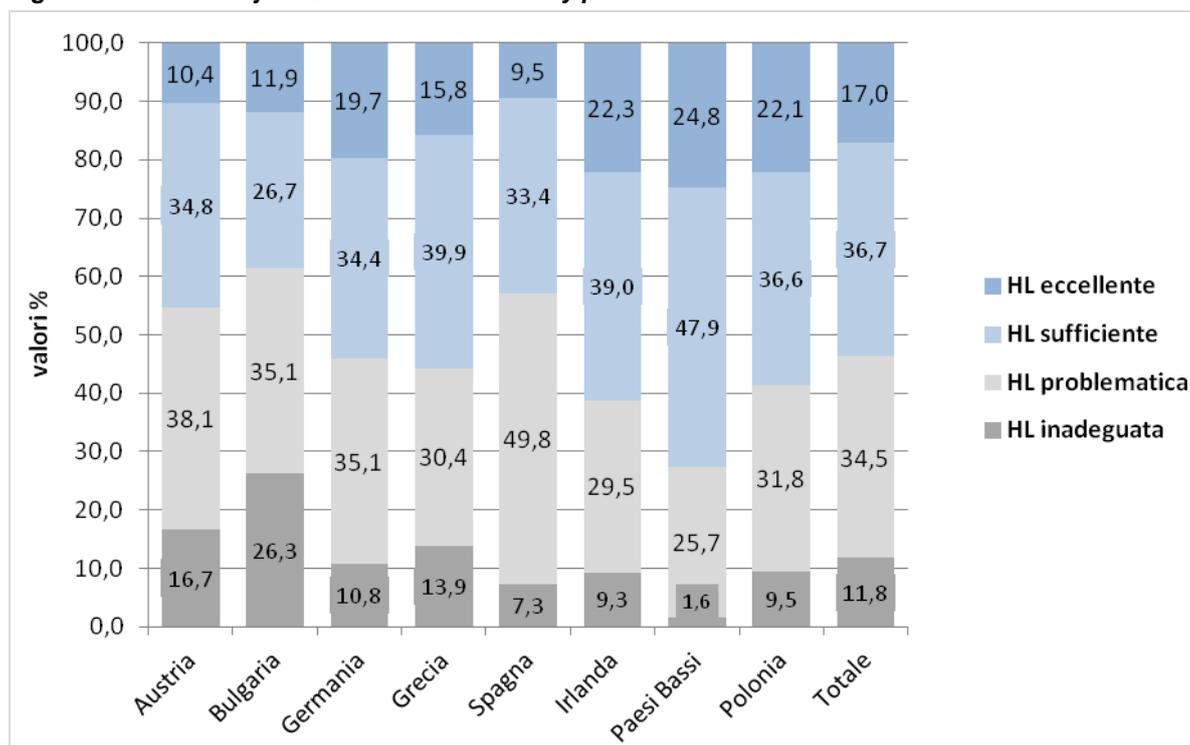
Nel periodo luglio-agosto 2010 è stato, quindi, avviato uno studio-pilota in Irlanda e Paesi Bassi su un campione di 100 soggetti (equo-ripartiti tra i due Paesi).

Allo studio-pilota ha fatto seguito, all'inizio del 2011, la somministrazione del questionario su un campione di 1000 soggetti negli otto Paesi aderenti all'*HLS-EU Project*.

Il questionario, condotto utilizzando il metodo di raccolta dati "computer assisted personal interview" CAPI¹⁰⁷, su classi di popolazione di età superiore ad anni 15, ha consentito di tracciare il livello di *health literacy* della popolazione europea, individuando quattro soglie distinte: 1. inadeguata; 2. problematica; 3. sufficiente; 4. eccellente.

Gli esiti della ricerca, presentati nel corso della *European Health Literacy Conference* del novembre 2011 a Bruxelles, sono di seguito rappresentati:

Figura 9: HLS-EU Project. Livelli di health literacy per Paesi



Fonte: nostro adattamento da Atti dell'*European Health Literacy Conference* (2011)

¹⁰⁷ La tecnica di rilevazione CAPI prevede interviste faccia-a-faccia in cui l'intervistatore somministra il questionario avvalendosi di un computer e digita immediatamente le risposte. Ciò consente di ridurre gli errori e di ottimizzare i tempi di elaborazione dei dati.

Dal grafico si rileva come oltre il 46% della campione di popolazione europea presenti un livello di *health literacy* improprio e quindi conferma quanto siano necessari, in linea con l'orientamento strategico della Commissione Europea, delle misure di tipo politico volte a consentire di colmare tale *gap*.

In particolare, i *partners* dell'*HLS-EU Consortium* non mancano di rimarcare l'importanza di includere l'*health literacy* nei programmi di formazione, valutazione e aggiornamento professionale del personale sanitario, oltreché nei curricula scolastici¹⁰⁸.

«Describing the survey as “a huge milestone”, Nicola Bedlington, director of the European Patients’ Forum, noted that health literacy should be done with patients, not for them. It involved health professionals “moving from a monologue to a dialogue”, she said»¹⁰⁹.

5 – REALM - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

Gli strumenti più comunemente usati nella misurazione dell'*health literacy*, a livello individuale, sono il REALM e il TOFHLA.

Il REALM – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*¹¹⁰ nasce come strumento di misurazione del grado di alfabetizzazione sanitaria negli adulti e si basa su abilità semplici, di riconoscimento lessicale e lettura. Esso propone la somministrazione di una lista di 66 termini medici di crescente

¹⁰⁸ Watson R. (2011), “Europeans with poor “health literacy” are heavy users of health services”, in *British Medical Journal*;343:d7741

¹⁰⁹ *Ibidem*

¹¹⁰ Davis T.C., Lon S.W., Jackson R.H., Mayeaux E.J., George R.B., Murphy P.W., Crouch, M.A. (1993) “Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument”, in *Family Medicine*, 25(6), 391–395

difficoltà, normalmente ricorrenti nei materiali informativi medici, e può essere somministrato da personale non particolarmente specializzato.

In funzione del numero di termini pronunciati correttamente, il test consente di definire il grado di adeguatezza della *literacy* del soggetto indagato, identificando gradi crescenti di capacità di lettura¹¹¹.

Il test REALM, pur prestandosi ad una semplice somministrazione, trascura la valutazione di *skills* di *literacy* più avanzate e mal si presta ad indagare il livello di alfabetizzazione sanitaria di quelle fasce di popolazione di diversa origine linguistica (immigrati, rifugiati), presso cui solitamente si concentra il *deficit* di *literacy* sanitaria.

6 – TOFHLA - Test of Functional Health Literacy in Adults

Nel 1995, presso la *Georgia State University* è stato predisposto un ulteriore strumento di valutazione della *health literacy* degli individui in età adulta, denominato TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*)¹¹².

Tale test è teso a valutare la capacità di comprensione e le abilità numeriche del soggetto e, a differenza del REALM, si basa sull'utilizzo di tipici materiali informativi e prescrittivi usati in ambito sanitario, quali moduli per il consenso

¹¹¹

- bassa health literacy: 0-18 termini riconosciuti e pronunciati correttamente; grado da 0 a III
- health literacy marginale: 19-44 termini riconosciuti e pronunciati correttamente; grado da IV a VI
- health literacy media: 45-60 termini riconosciuti e pronunciati correttamente; grado da VII a VIII
- health literacy adeguata: 61-66 termini riconosciuti e pronunciati correttamente; grado IX

¹¹² Parker R.M., Baker D.W., Williams M.V., Nurss J.R. (1995), "The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): a new instrument for measuring patient's literacy skills", in *Journal of General Internal Medicine*;10:537-542

informato, istruzioni per l'assunzione di farmaci e documenti-standard per la preparazione a test diagnostici.

Il TOFHLA valuta capacità numeriche e lessicali. Per quest'ultimo costrutto, viene utilizzata una metodologia *cloze*¹¹³: al soggetto viene sottoposto un passaggio testuale in cui è eliminata una parola ogni cinque. Al paziente viene richiesto di completare la frase scegliendo la parola ritenuta più appropriata da un *set* di quattro proposte.

Pur essendo un test che si presta ad essere usato sia in contesti sanitari che in ambiti di ricerca accademica, per la assoluta capacità di definire efficacemente il livello di *literacy* di un campione sottoposto a *screening*, l'eccessiva durata nella somministrazione lo rende poco agevole ad essere applicato in contesti sanitari, soprattutto in ambito ambulatoriale o di assistenza primaria.

La comunità medico-scientifica internazionale ha, pertanto, provveduto a predisporre il test in "*short version*" (S-TOFHLA), per una più rapida somministrazione¹¹⁴.

D'altra parte, non si è ancora provveduto a redigere il test in più lingue, che resta, pertanto, applicabile solo in Paesi di lingua inglese e spagnola.

¹¹³ "La procedura '*cloze*' fu introdotta ufficialmente nella letteratura psicolinguistica con il saggio del giornalista Wilson Taylor come metodo di misurazione della leggibilità dei testi. Una *unità cloze* viene definita come qualunque occorrenza di un tentativo riuscito di riprodurre accuratamente una parte cancellata da un 'messaggio' (qualunque prodotto linguistico) attraverso la valutazione della parte mancante, basata sul contesto rimanente. [...] La parola *cloze* rimanda alla capacità di 'chiudere' il testo incompleto ricostituendone la sua interezza attraverso una *closure* (*close/cloze*). L'assunto iniziale era che maggiore risultasse la capacità dei soggetti di ricostruire correttamente il testo, maggiore sarebbe stato da considerarsi il tasso di leggibilità del testo sottoposto ad esame, poiché il processo di lettura e comprensione include come sua parte fondamentale la capacità del lettore di anticipare e predire quello che verrà nella catena." In *ITALICA* Volume 79 Number 4 (2002)

¹¹⁴ La somministrazione dell'S-TOFHLA richiede un tempo medio di 12 minuti rispetto ai 22 minuti in media del TOFHLA.

7 – NVS - Newest Vital Sign

Nel 2005 Weiss, *et al.*¹¹⁵ hanno proposto un nuovo strumento di misurazione dell'*health literacy*, il *Newest Vital Sign* (NVS), che si differenzia sostanzialmente dai due strumenti precedentemente esposti per la rapidità di somministrazione (solo 3 minuti), e si presta, quindi, ad essere assolutamente efficace per una rapida e attendibile stima del grado di alfabetizzazione sanitaria in ambito clinico¹¹⁶.

Il NVS si basa sulla somministrazione al paziente di una tabella nutrizionale standard di una confezione di gelato e su sei domande ad essa relative, che includono la verifica di capacità di ragionamento logico, comprensione, abilità lessicali e numeriche.

Il NVS si presta ad essere facilmente riproducibile in più lingue, adattabile quindi anche a contesti di minoranze etniche e linguistiche e, per la sua semplicità, è un buon *tool* per “intercettare” soggetti con *health literacy* marginale o comunque medio bassa.

8 – Single item literacy screen

Negli ultimi anni la ricerca si è indirizzata verso l'identificazione di uno strumento rapido, efficace, che potesse rispondere ai bisogni di celerità di somministrazione tipici degli ambienti clinici (ambulatoriali, ospedalieri).

¹¹⁵ Weiss B.D., Mays M.Z., Martz W., Castro K.M., DeWalt D.A., Pignone M.P., Mockbee J., Hale F.A. (2005), “Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign” in *Annals of Family Medicine*. ;3(6):514–22

¹¹⁶ Lo studio teso a validarne l'efficacia ha dimostrato una assoluta correlazione del NVS con il TOFHLA.

Due recenti studi hanno proposto le cosiddette “misure di *screening* da singolo segno”¹¹⁷: si tratta di individuare un quesito che, in maniera univoca ed immediata, possa, al meglio, essere predittivo del livello di *health literacy* dell’individuo.

Morris, *et al.*¹¹⁸ hanno identificato, come test attendibile, il seguente quesito: “*Quanto spesso ha bisogno dell’aiuto di altri nel leggere istruzioni, prescrizioni o altro materiale informativo fornito dal medico o dal farmacista?*”.

Wallace, *et al.*¹¹⁹ hanno analizzato il grado di predizione del livello di *health literacy* derivante da tre differenti quesiti, al fine di identificare quello che risulta essere maggiormente efficace nella misurazione. Tra i tre quesiti proposti¹²⁰, quello che si pone come miglior predittore del grado di *health literacy* risulta essere: “*Quanto si sente a suo agio nel riempire moduli di tipo medico da solo?*”.

I test proposti da entrambi gli studi consentono di valutare con completezza il bisogno di maggior informazione piuttosto che la capacità di *literacy* del singolo. Per entrambi, comunque, si possono manifestare dei “falsi negativi”, dovuti al disagio o al senso di vergogna del singolo che, talora non

¹¹⁷ Musella M. (2012), *Health Literacy Tool Box. Strumenti di valutazione*. Mediserve

¹¹⁸ Morris N.S., MacLean C.D., Chew L.D., Littenberg B. (2006), “The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability”, in *BMC Family Practice*, 7(21)

¹¹⁹ Wallace L.R., Rogers E.S., Roskos S.E., Holiday D.B., Weiss B.D. (2006) “Brief Report: Screening Items to Identify Patients with Limited Health Literacy Skills”, in *Journal of General Internal Medicine*, 21:874-877

¹²⁰ I tre quesiti analizzati da Wallace, *et al.* (2006) sono: 1. How often do you have problems learning about your medical condition because of difficulty understanding written information? 2. How often do you have someone help you read hospital materials? 3. How confident are you filling out medical forms by yourself?

comprendendo appieno la finalità del test, è indotto a falsare la propria risposta.

9 – Metodi e strumenti di misurazione dell’health literacy organizzativa

Dopo aver esposto gli strumenti più comunemente usati nella valutazione del grado di *health literacy* degli individui, giova soffermarsi sull’aspetto maggiormente critico per l’effettiva affermazione di una prospettiva “*health literate*” nei sistemi sanitari, vale a dire un approccio “*health literacy friendliness*” delle organizzazioni sanitarie.

La disamina da noi compiuta, corroborata dalle evidenze di alcune ricerche internazionali^{121,122}, dimostra che la maggior parte degli studi sull’*health literacy* si limita a “pesare” l’alfabetizzazione sanitaria del paziente nell’ambito della sua interazione col professionista sanitario, mentre del tutto carente è una visione “sistemica”, in cui si valuti come un’organizzazione sanitaria sia in grado di offrire un servizio capace di rispondere efficacemente alle necessità di utenti con *health literacy* marginale e, ancor più, come l’organizzazione stessa sia in grado di attivare dinamiche gestionali e comunicazionali volte a favorire l’interazione dell’utente con l’azienda sanitaria, complessivamente considerata.

Matthews & Sewell¹²³ sono tra i primi a proporre uno strumento di indagine di sistema, teso a valutare:

¹²¹ Murphy-Knoll L. (2007), “Low health literacy puts patients at risk: the Joint Commission proposes solutions to national problem”, in *Journal of Nursing Care Quality*, 22(3), 205–209

¹²² Stableford S., Mettger W. (2007), “Plain language: a strategic response to the health literacy challenge”, in *Journal of Public Health Policy*, 28(1), 71–93

¹²³ Matthews T.L., Sewell J.C. (2002), *State Official’s Guide to Health Literacy*, Lexington, KY: The Council of State Governments

- quanto l'*health literacy* sia inclusa nella programmazione di sviluppo strategico dell'azienda sanitaria;
- il grado con cui l'organizzazione aderisce a principi di *health literacy*;
- l'impegno dell'azienda sanitaria nel produrre materiale informativo/divulgativo di opportuna comprensione per utenti con *health literacy* inadeguata¹²⁴.

L'indagine di Matthews & Sewell si basa su un test *web based* (Tabella 2), che analizza in maniera prevalente il grado di risposta dell'azienda a esigenze di *health literacy* funzionale degli utenti (avuto riguardo alla leggibilità e comprensibilità dei materiali informativi) e, in via residuale, il livello di *commitment* del personale verso un approccio *health literate*.

¹²⁴ Ratzan S., Apfel F. (2011), "NCD Health literacy – what can hospitals do?". in *World Hospitals and Health Services*, Vol. 47 No. 2

Tabella 2: Test per la verifica di iniziative di health literacy nelle aziende sanitarie

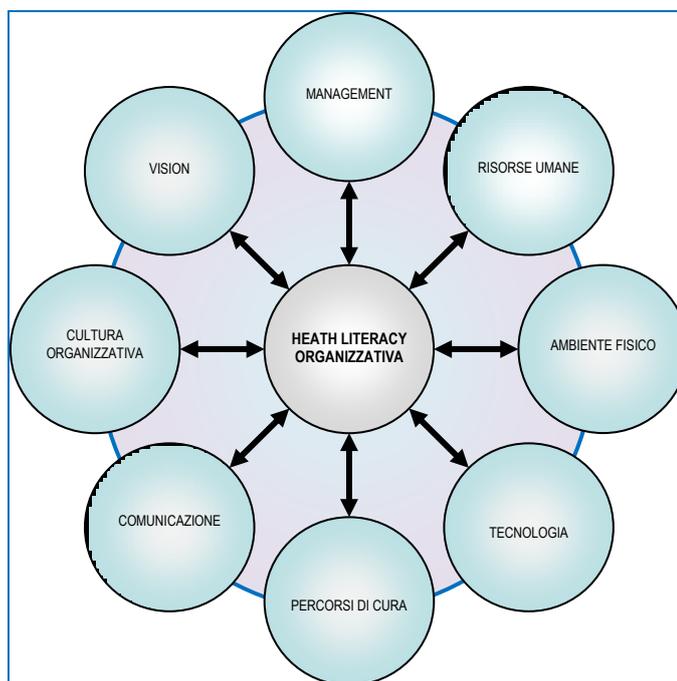
	Regolarmente	A volte	Non applicato	Non sa	Non risponde
Semplificare il linguaggio e verificare la leggibilità del materiale informativo					
Riformulare i materiali informativi e comunicazionali per renderli più fruibili					
Verificare il grado di comprensione del paziente-utente					
Istruire lo staff e gli altri operatori sanitari in materia di health literacy					
Ricorrere all'utilizzo di strumenti audiovisivi					
Predisporre il materiale comunicazionale in più lingue					
Utilizzare foto, disegni, illustrazioni, ecc. per educare ed informare correttamente					
Verificare le abilità di lettura e comprensione dei pazienti-utenti					
Utilizzare chioschi informativi e pc per un'informazione interattiva					

Fonte: *nostro adattamento da Matthews & Sewell (2002)*

A ben vedere, tuttavia, per valutare il grado di *health literacy* di un'organizzazione è necessario avere una visione integrata, che misuri e analizzi contemporaneamente i fattori-chiave di un'azienda sanitaria: il management, le risorse umane/staff; la tecnologia; l'ambiente fisico; i percorsi di cura; la comunicazione; la cultura; la *vision*. Solo attraverso una valutazione omnicomprensiva dei componenti della struttura organizzativa si può definire con completezza la prospettiva aziendale di *health literacy*¹²⁵.

¹²⁵ Musella M., *op.cit.*, p. 59

Figura 10: Dimensione multifattoriale ed omnicomprensiva dell'health literacy organizzativa



Fonte: nostra elaborazione da Musella (2012)

Seguendo tale ipotesi, un recente studio di Wynia & Osborn¹²⁶ ha dimostrato come un'azienda sanitaria che, in un'ottica paziente-centrica, intenda contrastare i livelli di *health literacy* inadeguata dei suoi utenti, deve necessariamente agire su una valutazione ampia e multifattoriale della propria comunicazione organizzativa¹²⁷ e del clima comunicazionale¹²⁸.

¹²⁶ Wynia M.K., Osborn C.O. (2010), "Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations", in *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15:S2, 102-115

¹²⁷ «Si può denominare *comunicazione organizzativa* la funzione di management consistente nello stabilire, pianificare e gestire l'immagine organizzativa, la reciproca informazione e comprensione con i pubblici interni ed esterni dai quali dipende il successo dell'organizzazione stessa». In Perrone F. (2004), *Manager del cambiamento*, FrancoAngeli editore, p.68

¹²⁸ «Il concetto di 'clima comunicazionale' esprime il complesso delle condizioni che caratterizzano l'ambiente all'interno del quale si svolge la vita aziendale e che risulta determinato direttamente dalla natura, dalla qualità e dall'intensità dei processi di comunicazione (impliciti ed espliciti) attivati all'interno dell'azienda, secondo i principi, i valori e le regole comportamentali che sono propri della cultura aziendale. L'aggettivo 'comunicazionale' associato al concetto di 'clima' è volto a enfatizzare proprio gli aspetti relazionali, prescindendo, almeno in linea generale, dalle altre variabili rientranti nel più ampio concetto di 'clima organizzativo'». In Nelli R. (2010), "Dall'informazione alla relazione: la comunicazione interna delle aziende in Italia", *ASERI Working papers*, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

In un sistema altamente complesso come quello delle aziende sanitarie, dove variabili molteplici ed eterogenee influiscono sull'efficacia del percorso di cura e sull'*outcome* di salute erogata, gli Autori dimostrano che esiste una correlazione diretta tra bassi livelli di *health literacy* degli utenti e qualità percepita della comunicazione. Le organizzazioni sanitarie sono chiamate, pertanto, a migliorare il proprio clima comunicazionale, rendendolo "*patient-centred*": «*improving patient-centered communication in health care organizations could be an important strategy for addressing the problems of limited health literacy*¹²⁹».

Difatti, nella pianificazione strategica delle organizzazioni sanitarie, pur prevedendo azioni volte al contrasto di bassi livelli di *health literacy*, mancano sovente interventi "di sistema", che siano ad un tempo:

- capaci di consentire al paziente di "navigare" appropriatamente il sistema aziendale e, di riflesso, quello sanitario;
- idonei a garantire un buon programma post-ospedaliero;
- volti ad assicurare una integrazione fattuale con il territorio e la comunità per una migliore gestione della fase post-acuta;
- atti a contemperare l'estrazione culturale, linguistica e razziale dell'utente;
- capaci di garantire semplicità d'accesso ai luoghi di cura.

E' evidente una responsabilità¹³⁰ delle organizzazioni sanitarie nel favorire una comunicazione *patient-centred*, che riguardi il materiale informativo, la

¹²⁹ Wynia M.K., Osborn C.Y., *op.cit.*, p.112

¹³⁰ *Ivi*, p.103

segnaletica aziendale, il sistema di *training* ed aggiornamento del personale e, al contempo, il ri-orientamento strategico verso l'*health literacy*.

Le organizzazioni sono, pertanto, chiamate ad essere dei *setting* di promozione dell'*health literacy*, in forza del cosiddetto *setting based approach*¹³¹, invocato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come adeguato approccio alla promozione della salute.

Alla luce delle suddette considerazioni, risulta ancor più efficace la "misurazione" dell'*health literacy* organizzativa condotta da Wynia & Osborn, realizzata attraverso l'utilizzo dei *C-CAT tools (Communication Climate Assessment Toolkits)* proposti dall'*Ethical Force Program dell'American Medical Association*.

I *C-CAT tools* rappresentano strumenti utili alle aziende sanitarie per valutare efficacemente la performance organizzativa rispetto alla propria comunicazione, avuto riguardo a nove ambiti o domini organizzativi¹³². Tali

¹³¹ Il *setting based approach* «valorizza l'importanza di un ambiente organizzativo nel determinare la salute delle persone, attraverso la creazione di un ambiente totale favorevole, la realizzazione di strutture e l'attuazione di scelte organizzative sane, l'educazione delle persone, il potenziamento delle loro abilità nel costruire la loro stessa salute. [...] Va detto che il concetto di *setting*, [...], è più ampio di quello che potrebbe derivare dalla semplice traduzione letterale. Infatti non ci si riferisce solo al luogo fisico, ma anche: alle persone che lo vivono; alla sua organizzazione e struttura; agli obiettivi che persegue; ai comportamenti e alle relazioni interpersonali che vi si svolgono; alle norme e ai valori che lo regolano; alle aspettative che suscita in chi lo frequenta; al mandato che ha ricevuto dall'intera comunità». In de Pieri P., Favaretti C. (1996), *Salute e sicurezza dei lavoratori in ospedali. Indicazioni per un progetto di promozione della salute*. Centro di Coordinamento della Rete Italiana degli Ospedali per la Promozione della Salute

¹³² «The nine domains of communication that the C-CAT evaluates are:

1. Leadership Commitment

An organization should routinely examine its commitment, capacity and efforts to meet the communication needs of the populations it serves, including leadership involvement; mission, goals, and strategies; policies and programs; budget allocations; and workforce values

2. Information Collection

strumenti di indagine, che vengono proposti in forma di questionario, sono appositamente costruiti per essere somministrati sia a pazienti che a professionisti, comprendendo in questi ultimi sia il personale medico-infermieristico ed amministrativo che la dirigenza.

An organization should use standardized qualitative and quantitative collection methods and uniform coding systems to gather valid and reliable information for understanding the demographics and communication needs of the populations it serves.

3. Community Engagement

An organization should make demonstrable, proactive efforts to understand and reach out to the communities it serves, including establishing relationships with community groups and developing opportunities for community members to participate in shaping organizational policies.

4. Workforce Development

An organization should ensure that the structure and capability of its workforce meets the communication needs of the populations it serves, including by employing and training a workforce that reflects and appreciates the diversity of these populations.

5. Individual Engagement

An organization should help its workforce engage all individuals, including those from vulnerable populations, through quality interpersonal communication that effectively elicits health needs, beliefs and expectations; builds trust; and conveys information that is understandable and empowering.

6. Socio-Cultural Context

An organization should create an environment that is respectful to populations with diverse backgrounds; this includes helping its workforce understand the socio-cultural factors that affect health beliefs and the ability to interact with the health care system.

7. Language Services

An organization should determine what language assistance is required to communicate effectively with the populations it serves, make this assistance easily available and train its workforce to access and use language assistance resources.

8. Health Literacy

An organization should consider the health literacy level of its current and potential populations and use this information to develop a strategy for the clear communication of medical information verbally, in writing and using other media.

9. Performance Evaluation

An organization should regularly monitor its performance with regard to each of the prior content areas using structure, process, and outcome measures, and make appropriate adjustments on the basis of these evaluations».

Fonte: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/the-ethical-force-program/patient-centered-communication/patient-centered-communication-framework.page?>

Wynia & Osborn, applicando il metodo dei *3-item screen* di Chew, *et al.*¹³³, hanno proceduto a misurare dapprima il livello di *health literacy* dei pazienti; successivamente, hanno valutato il grado di percezione di una comunicazione organizzativa incentrata sul paziente, attraverso il *tool* C-CAT costruito per il campione “pazienti”, e hanno individuato una diretta relazione tra bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria degli utenti, basso grado di qualità percepita nella comunicazione organizzativa, scarsa *health literacy friendliness* dell’azienda sanitaria.

Più in generale, le aziende sanitarie, per dirsi *health literate*, dovrebbero agevolare gli utenti/pazienti nel comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie al fine di compiere scelte adeguate di salute e fruire in maniera corretta dei servizi sanitari. Brach, *et al.* (2012) delineano, a riguardo, dieci attributi organizzativi, basati sulle evidenze, (Tabella 3), che rappresentano vere e proprie linee guida per indurre un percorso innovativo, di carattere sistemico, nel processo di cambiamento, in senso *health literate*, delle aziende sanitarie¹³⁴.

¹³³ Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Snyder, A., *et al.* (2008), “Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population” in *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 561–566

¹³⁴ Brach C., Dreyer B., Schyve P., Hernandez L.M., Baur C., Lemerise A.J., Parker R. (2012), “Attributes of a Health Literate Organization”, *Institute of Medicine*, National Academy of Sciences

Tabella 3: Caratteristiche di organizzazioni sanitarie health literate

Un'organizzazione <i>health literate</i> :	Esempi:
1. ha una leadership che integra l' <i>health literacy</i> nella propria <i>mission</i> , nella struttura e nelle attività aziendali	<ul style="list-style-type: none"> • sviluppa e implementa politiche aziendali e standard di <i>health literacy</i> • fissa obiettivi per il miglioramento dell'<i>health literacy</i>, stabilisce responsabilità e determina incentivi • alloca opportunamente le risorse umane ed economiche • ri-disegna le strutture e gli spazi fisici
2. declina l' <i>health literacy</i> nella pianificazione, nei sistemi di valutazione, nella sicurezza dei pazienti e nella qualità erogata	<ul style="list-style-type: none"> • conduce processi di valutazione dell'<i>health literacy</i> organizzativa • valuta l'impatto delle politiche e dei programmi aziendali sugli individui con <i>health literacy</i> limitata • include l'<i>health literacy</i> nei piani aziendali di sicurezza dei pazienti
3. educa i propri dipendenti ad essere <i>health literate</i> , e ne misura i progressi raggiunti	<ul style="list-style-type: none"> • recluta uno staff eterogeneo con competenze in <i>health literacy</i> • stabilisce obiettivi formativi per il personale, di ogni livello
4. include la popolazione assistita nei programmi di implementazione e valutazione dell'informazione sanitaria e dei servizi offerti	<ul style="list-style-type: none"> • si confronta con soggetti con <i>health literacy</i> limitata • acquisisce il parere dei soggetti che fruiscono dei servizi sanitari e delle informazioni sanitarie erogate
5. incontra i bisogni della popolazione con <i>health literacy</i> limitata, evitando stigmatizzazioni	<ul style="list-style-type: none"> • adotta comportamenti precauzionali, fornendo sostegno agli utenti con <i>health literacy</i> limitata • alloca le risorse in quei reparti e per quei servizi che registrano una maggiore concentrazione di utenti con <i>health literacy</i> limitata
6. ricorre a strumenti di <i>health literacy</i> nella comunicazione interpersonale e verifica il grado di comprensione in ogni fase del processo di comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> • verifica il grado di comprensione (ad es., ricorrendo a strumenti come il <i>Teach-back method</i>, lo <i>Show Me method</i>, il <i>Chunk-and-Check method</i>) • assicura assistenza linguistica per gli utenti-pazienti di altre nazionalità • trasferisce due o tre messaggi alla volta, semplificando il carico informativo • utilizza una simbologia di agevole comprensione nella propria segnaletica
7. garantisce un facile accesso alle informazioni e ai servizi sanitari e garantisce assistenza ad orientarsi nella propria struttura e tra la propria offerta	<ul style="list-style-type: none"> • realizza portali informatizzati ad uso e misura dei pazienti e predispone linee-guida ed istruzioni per il loro utilizzo • facilita le prenotazioni, e, se riferite a servizi diversi, ne agevola il coordinamento
8. predispone e distribuisce materiale informativo e comunicazionale stampato e in formato audiovisivo di agevole comprensione e applicazione	<ul style="list-style-type: none"> • coinvolge un'utenza variegata, inclusa quella con <i>health literacy</i> limitata, nello sviluppo del materiale e ne verifica l'usabilità con test rigorosi • ricorre ad un corretto processo di traduzione al fine di predisporre il materiale in più lingue

Un'organizzazione <i>health literate</i> :	Esempi:
<p>(segue)</p> <p>9. applica i principi di <i>health literacy</i> nella gestione di ogni situazione a rischio, inclusa la continuità delle cure e la comunicazione di informazioni sui farmaci</p>	<p>(segue)</p> <ul style="list-style-type: none"> • assegna diversi gradi di rischio alle vicende clinico-sanitarie e vi abbina procedure prioritarie (ad es., moduli di consenso informato per gli interventi chirurgici e le pratiche invasive) • concentra l'attenzione su situazioni potenzialmente rischiose (ad es., le condizioni cliniche che richiedono al paziente un'elevata capacità di <i>self management</i>)
<p>10. comunica in maniera chiara e trasparente quali prestazioni sono coperte dal servizio sanitario e quali richiedono un esborso da parte dell'utente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fornisce descrizioni schematiche e di facile comprensione sui programmi di assicurazione sanitaria, ove previsti • comunica chiaramente il costo per i servizi "out of pocket", così che l'utente possa averne consapevolezza prima della fruizione

Fonte: *nostro adattamento da Brach C., et al. (2012)*

TERZO CAPITOLO

SOMMARIO: 1. Il percorso di indagine empirica – 1.1 *Analisi e misura dell'health literacy su un campione italiano* – 1.2 *Analisi e misura dell'health literacy organizzativa* – 2. Premessa metodologica – 3. Lo strumento di indagine – 4. Analisi e discussione dei risultati dell'indagine – 4.1 *Commitment organizzativo verso politiche di health literacy* – 4.2 *Sviluppo del commitment dei dipendenti verso l'health literacy* – 4.3 *Community engagement verso l'health literacy* – 4.4 *Strumenti e metodi di health literacy* – 4.5 *Monitoraggio dell'efficacia di politiche di health literacy* – 4.6 *Correlazione tra strumenti e procedure formali ed informali ed efficacia e qualità percepita*

1 – Il percorso di indagine empirica

Lo studio svolto dall'Autore vuole proseguire, in questa sezione, con la verifica, attraverso l'indagine empirica, del grado di *health literacy friendliness* delle organizzazioni sanitarie italiane, sì da definirne la capacità di rispondere con efficacia al bisogno di salute espresso dall'utente con *health literacy* marginale o inadeguata e, vieppiù, di implementare metodi e strumenti di comunicazione aziendale che siano propulsori di una migliorata *health literacy* della comunità.

Come già accennato, il presente lavoro si inserisce nel progetto di studio intrapreso dall'Autore nel 2010 presso il Dipartimento Studi e Ricerche Aziendali dell'Università degli Studi di Salerno, nell'ambito delle attività formative del Master di II livello in Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie – DAOSan, in *partnership* con l'*University College*

Dublin, cui si è avuto il privilegio di collaborare durante il terzo anno del Corso di Dottorato di ricerca in Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche.

Il suddetto progetto si è svolto in più fasi, in successione temporale.

Dopo un periodo propedeutico di avvicinamento al tema dell'*health literacy*, favorito dal confronto con un docente irlandese, referente del progetto europeo *HLS-EU* (di cui si è detto nel precedente capitolo), si è avviato il progetto di ricerca, che si è dipanato in più fasi, con obiettivi diversi, e che può dirsi ancora *in itinere*.

Nell'intento di sintetizzare i passi di un percorso di ricerca ancora in evoluzione, si evidenziano i seguenti punti:

1. *analisi di fondo*, attraverso lo studio e l'esame della letteratura scientifica in materia di *health literacy*;
2. *analisi e misura dell'health literacy su un campione italiano*, svolta attraverso la riproduzione dello studio-pilota *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) su un campione italiano e lo studio osservazionale sulla relazione tra *health literacy* e una o più variabili demografiche;
3. *analisi e misura dell'health literacy organizzativa*, attraverso la creazione di un questionario *ad hoc* e la successiva interpretazione dei risultati.

Di seguito, pertanto, si presenterà l'*excursus* compiuto dal ricercatore nelle fasi preliminari, per poi concentrare l'attenzione sullo studio empirico di cui all'ultimo punto.

1.1 – Analisi e misura dell'health literacy su un campione italiano

In una fase iniziale, dopo lo studio della letteratura esistente in materia, compiuto dall'Autore, di cui si è dato conto nel capitolo primo del presente lavoro, si è voluto indagare il livello di “alfabetizzazione sanitaria” dell'Italia, attraverso la riproduzione del questionario adottato dal Progetto *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) su un campione rappresentativo della nostra popolazione.

Questa prima fase di studio, tesa a verificare il livello di *health literacy* individuale del cittadino italiano, si è sostanziata in uno studio comparato con l'evidenza irlandese, giacché più agevole è risultato l'ottenimento delle fonti dei dati grazie alla nostra collaborazione con l'*University College Dublin*.

L'indagine è stata svolta da un discente del Master sunnominato e seguita dall'Autore.

Attraverso una *survey*, di tipo quantitativo, si è potuto verificare il grado di alfabetizzazione sanitaria della popolazione italiana, applicando il questionario di misurazione dell'*health literacy* adottato dall'*HLS-EU Project*, già testato, al momento dello studio (gennaio-aprile 2011), in alcuni Paesi europei interessati dal progetto-pilota, tra cui l'Irlanda.

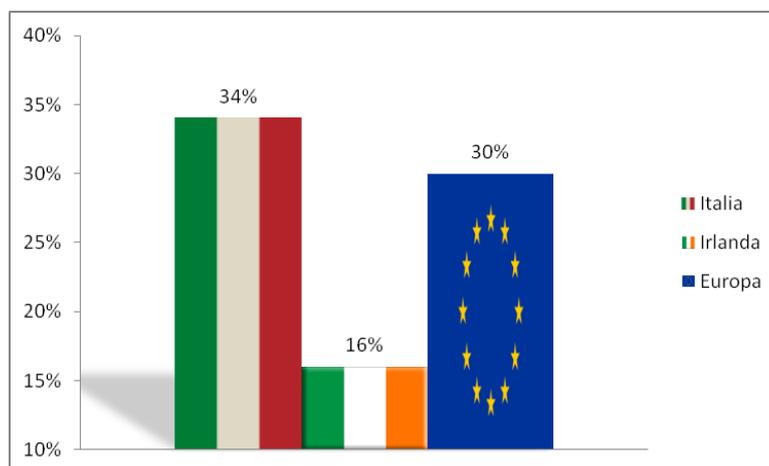
L'intento del gruppo di ricerca è stato quello di riprodurre lo studio in Italia su un campione confrontabile e di sviluppare un'analisi comparativa con l'evidenza irlandese.

Come già esposto nella trattazione del Progetto *HLS-EU*, il questionario, derivante dalla costruzione della matrice di cui alla figura 8 del capitolo precedente, è stato somministrato utilizzando la tecnica di rilevazione CAPI, facendo sottoscrivere ad ogni intervistato un modulo di consenso informato.

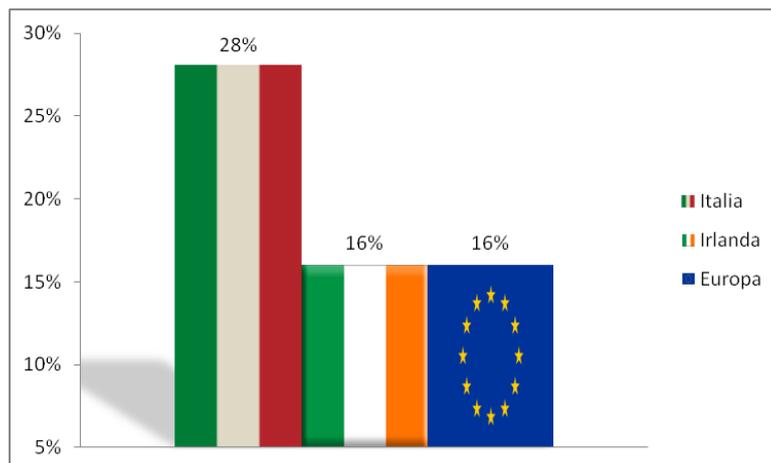
In via preliminare, si è proceduto a costruire un campione perfettamente sovrapponibile con quello dello studio-pilota irlandese: per questo, si è fatto ricorso alla stessa numerosità campionaria (n=50) e si è selezionato il campione sulla base di una matrice univoca, che combina livelli di istruzione e coorti di età.

Lo studio condotto ci ha permesso di evidenziare alcune caratteristiche tipiche del livello di *health literacy* italiano, che vengono lette anche alla luce delle risultanze del Progetto HLS-EU, presentate in occasione della Conferenza *European Health Literacy Conference* del novembre 2011 a Bruxelles:

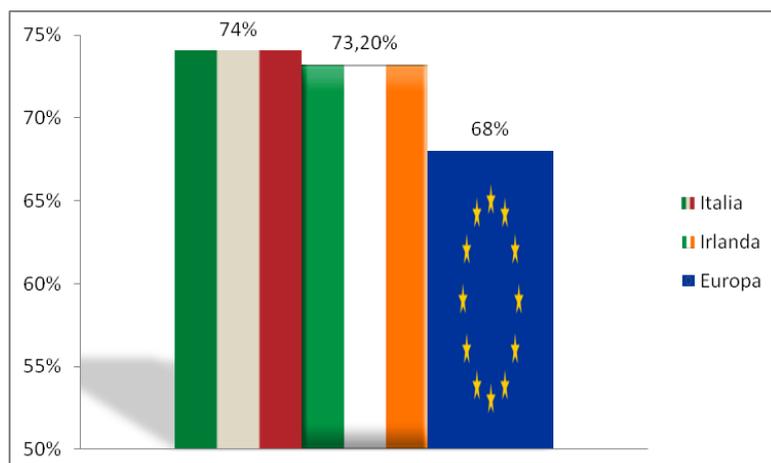
1. il campione italiano dichiara un basso livello di accesso alle informazioni sanitarie (34% di accesso inadeguato vs. 16% del campione irlandese e il 30% della media europea)



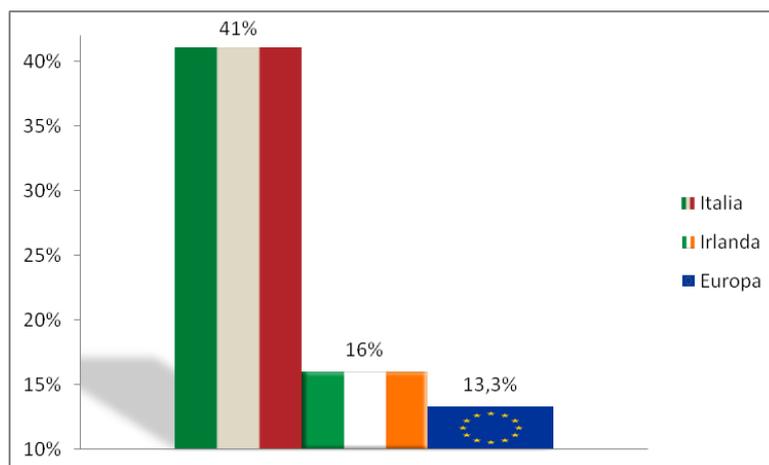
2. il campione italiano dichiara un basso grado di conoscenza del servizio sanitario nazionale (28% di conoscenza inadeguata vs. 16% del campione irlandese e della media europea)



3. il campione italiano dichiara un alto grado di comprensione del materiale informativo sull'uso dei farmaci (74% di comprensione adeguata, sostanzialmente pari al tasso irlandese, vs. il 68% della media europea)



4. il campione italiano dichiara un basso grado di comprensione delle informazioni di salute fornite dal medico (41% di comprensione medio-bassa vs. 16% del campione irlandese e il 13,3% della media europea).



Tali evidenze ci inducono ad alcune prime considerazioni:

pur collocandosi, in proiezione, al livello di molti Paesi europei¹³⁵, l'Italia si discosta dalla media europea e dal *trend* irlandese sulla capacità di fruire adeguatamente delle informazioni sanitarie e di “navigare” il proprio sistema sanitario. In aggiunta, è fortemente avvertito il *gap* comunicazionale tra paziente e medico.

L'asimmetria informativa potrebbe essere sostenuta dalla mancata sensibilità degli operatori sanitari in tema di *health literacy*, così come dalla sostanziale carenza di iniziative di ampio respiro, a livello di sistema così come politico, volte al miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria della popolazione.

Dalle suddette considerazioni deriviamo la prima ipotesi di ricerca:

“il sistema sanitario italiano non è ancora maturo per implementare in maniera formale, sistemica e pervasiva, politiche volte all'implementazione dell'health literacy”.

¹³⁵ A riguardo, si vedano i *findings* dell'*European Health Literacy Conference*, Bruxelles, 22-23 novembre 2011, che evidenziano i dati nazionali e comunitari emersi dalla *survey*.

Nella seconda fase del progetto si è indagato ulteriormente il livello di *health literacy* individuale, concentrando l'attenzione sul *matching* tra livello di *health literacy* e grado di istruzione.

A stimolare tale ricerca è stata la supposizione, supportata dall'esito della *review* della letteratura fatta nella fase preliminare, di un legame forte che si registra tra i seguenti elementi: *health literacy* e scolarizzazione.

Difatti, una *health literacy* adeguata può aversi se si garantisce alla popolazione la facilità di accesso ai più alti livelli di istruzione (Kickbusch, 2001); vieppiù, è verificata una correlazione positiva tra il grado di istruzione e lo stato di salute (Ross & Wu, 1995¹³⁶; Cutler & Lleras-Muney, 2006¹³⁷, Grossman & Kaestner, 1997¹³⁸).

A tal fine, la nostra ricerca è stata indirizzata verso un campione di studenti delle scuole secondarie superiori e di corsi di studio universitari, al fine di accertare la correlazione esistente tra il grado di istruzione e il livello di *health literacy*.

Questa indagine, svolta materialmente da due discenti del Master sunnominato e seguita dall'Autore, ha utilizzato lo strumento del *Newest Vital Sign* (NVS), di cui si è detto nel precedente capitolo.

Si è deciso di utilizzare il NVS per la sua rapidità nella somministrazione e per la garanzia, attestata dalla letteratura, di adeguata predizione del livello di *health literacy*.

¹³⁶ Ross C.E., Wu C. (1995), "The links between education and health", in *American Sociological Review*, 719-745

¹³⁷ Cutler D.M., Lleras-Muney A., "Education and Health: Evaluating Theories and Evidence", *NBER Working Paper* No. 12352 June 2006

¹³⁸ Grossman M., Kaestner R. (1997), "Effects of Education on Health", in Behrman and Stacey editions, *The Social Benefits of Education*, University of Michigan Press

Dopo aver adattato, con opportuna traduzione, la tabella nutrizionale usata come strumento del NVS (riportata in appendice A.), si è proceduto a somministrare il test a 600 soggetti, di età compresa tra 17 e 26 anni, di cui 300 iscritti all'ultimo anno di scuola secondaria superiore presso tre diversi istituti della provincia di Salerno e 300 iscritti a cinque facoltà presso l'Università degli Studi di Salerno.

L'indagine è stata condotta utilizzando il metodo dell'intervista diretta, *face-to-face*, e l'intervistatore ha provveduto a rilevare specifiche variabili aggiuntive, di tipo demografico¹³⁹.

La tabella seguente sintetizza i risultati emersi dello studio osservazionale:

¹³⁹ età, genere, peso, altezza, stato di salute auto-riferito, condizione di fumatore.

Correlazione tra health literacy e grado di istruzione			
Parametri di valutazione (strumento: NVS)			
punteggio da 0 a 1	livello di health literacy inadeguata		
punteggio da 2 a 3	livello di health literacy bassa		
punteggio da 4 a 6	livello di health literacy adeguata		
Rispondenti			
	n=519		
di cui, maschi	n=309 (41%)		
di cui, femmine	n=210 (59%)		
Età media (±DS)			
	19,5±1,3		
Livello di health literacy rilevato			
adeguato (punteggio NVS ≥4)	n=457 (88%)		
basso o inadeguato (punteggio NVS ≤3)	n=62 (12%)		
Livello di health literacy rilevato, per genere			
	adeguato (punteggio NVS ≥4)	basso o inadeguato (punteggio NVS ≤3)	
maschi	n=268 (86,7%)	n=41 (13,3%)	
femmine	n=188 (89,3%)	n=22 (10,7%)	
Livello di health literacy rilevato, per grado di istruzione			
	adeguato (punteggio NVS ≥4)	basso o inadeguato (punteggio NVS ≤3)	
studenti di scuola secondaria superiore	media		media
di cui, liceo classico	89,6%	10,4%	
di cui, liceo scientifico	88,8%	11,2%	11,7%
di cui, ITIS	86,5%	13,4%	
studenti universitari	media		media
di cui, Facoltà di Economia	85,4%	14,6%	
di cui, Facoltà di Farmacia	92,5%	7,5%	
di cui, Facoltà di Giurisprudenza	83,4%	16,4%	12,2%
di cui, Facoltà di Lettere e Filosofia	82,6%	17,4%	
di cui, Facoltà di Medicina e Chirurgia	95,3%	4,7%	
Livello di health literacy rilevato, per stato di salute auto-riferito			
	adeguato (punteggio NVS ≥4)	basso o inadeguato (punteggio NVS ≤3)	
molto buono/eccellente	93,2%	6,8%	
buono	85,9%	14,1%	
scarso/discreto	74,4%	25,6%	
Livello di health literacy rilevato, per indice di massa corporea (IMC)			
	adeguato (punteggio NVS ≥4)	basso o inadeguato (punteggio NVS ≤3)	
sottopeso (<18,50)	85%	15%	
normopeso (18,50-24,99)	89,2%	10,8%	
sovrappeso (25,00-29,99)	87,8%	12,2%	
obeso (≥30)	84,3%	15,7%	
Livello di health literacy rilevato, per condizione di fumatore			
	adeguato (punteggio NVS ≥4)	basso o inadeguato (punteggio NVS ≤3)	
non fumatore o non fumatore da oltre 5 anni	96,4%	3,6%	
fumatore o non fumatore da meno di 5 anni	80%	20%	

L'esito di questa indagine ha permesso di verificare la correlazione positiva esistente tra livelli di istruzione medio-alti e gradi di adeguata *health literacy*. Infatti, l'88% del campione registra un livello di *health literacy* adeguata (punteggio NVS \geq 4), con un apprezzamento maggiore nel campione femminile (89,3%) rispetto a quello maschile (86,7%). Risultati pressoché equivalenti di *health literacy* adeguata si registrano nei due sotto-campioni (studenti di scuola superiore: 88,3%; studenti universitari: 87,8%).

Il 93,2% di coloro che riferiscono una percezione buona od eccellente del proprio stato di salute registra un livello di *health literacy* adeguata; una *health literacy* adeguata è riscontrata, tuttavia, anche nel 74,4% di coloro che riferiscono una percezione scarsa o discreta del proprio stato di salute. Quest'ultima evidenza ci ha indotto ad analizzare ulteriori aspetti, quale l'incidenza di stili di vita inappropriati, assunti dal campione indagato, sul livello di *health literacy*. Per questo, sono stati rilevati i dati relativi all'indice di massa corporea (IMC) e all'abitudine al fumo.

I risultati ottenuti sembrano essere contraddittori. Infatti, si rileva che il 27% degli intervistati presenta un IMC superiore al valore soglia del "sovrappeso", stante la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; purtuttavia, all'84,3% di costoro si associa comunque un livello di *health literacy* adeguato. Una *health literacy* inadeguata si riscontra solamente nel 15,7% di coloro che hanno un IMC elevato.

Parimenti, l'80% dei fumatori (corrispondenti al 33% degli intervistati) registra un livello di *health literacy* adeguato, mentre solo il 20% dei fumatori ha un livello di *health literacy* medio-basso.

Vieppiù, tra coloro che registrano un livello di *health literacy* elevato, si colloca un 17% di intervistati che presenta congiuntamente sia eccedenza ponderale che condizione di fumatore.

Tali evidenze ci inducono ad alcune considerazioni:

- esiste una correlazione positiva tra alto grado di istruzione e alto livello di *health literacy*, a conferma dell'evidenza tratta dalla letteratura in materia;
- non sempre la capacità di ottenere e comprendere le informazioni sanitarie viene utilizzata per compiere scelte ottimali di salute, almeno nella popolazione giovanile;
- *health literacy* e *outcome* di salute non si associano sempre in maniera sillogistica;
- esiste un *trade-off* tra livello di *health literacy*, *empowerment* del paziente e capacità di *self management* del proprio stato di salute.

A voler ulteriormente indagare la possibile causa delle nostre deduzioni, alquanto stridenti rispetto ai postulati della letteratura, siamo indotti a spostare la nostra attenzione sul piano dei “domini di influenza”, di cui si è discusso nel capitolo primo. E' infatti evidente il ruolo che la famiglia, la comunità, i media, il mercato, ma soprattutto il sistema sanitario giocano nel sostenere e promuovere le capacità individuali di alfabetizzazione sanitaria.

Di fronte a dati contrastanti, come quelli da noi ottenuti, non si può che focalizzare l'attenzione, in via precipua, sull'attitudine del sistema a promuovere politiche sanitarie volte ad incentivare la prevenzione, derivando altresì la nostra seconda ipotesi di ricerca:

“per pervenire ad un’associazione perfetta tra livello di health literacy e outcome di salute, è necessario raggiungere un alto grado di consapevolezza degli operatori sanitari (MMG e PLS in primis) e delle organizzazioni sanitarie verso l’importanza dell’health literacy come determinante di salute non più trascurabile”.

E’ per questo, quindi, che nello *step* successivo del progetto di ricerca si vuole concentrare l’attenzione del ricercatore sugli operatori sanitari e sulle organizzazioni sanitarie, sì da stimare la loro attitudine ad implementare politiche, ad attivare procedure e ad assumere atteggiamenti finalizzati a favorire un adeguato livello di *health literacy* tra gli utenti/pazienti e una migliore *health literacy* della comunità.

1.2 – Analisi e misura dell’health literacy organizzativa

In una fase successiva del progetto di ricerca, dopo aver supposto, dalle evidenze delle indagini condotte, una scarsa attenzione del nostro sistema sanitario verso il tema dell’*health literacy*, si è proceduto a educare un gruppo di 24 operatori del settore sanitario (medici di medicina generale, medici-chirurghi, infermieri, farmacisti, biologi, fisioterapisti/logopedisti, amministrativi) sul tema dell’*health literacy*.

La scelta del suddetto gruppo di operatori non è stata casuale, giacché gli stessi avevano già intrapreso un percorso di alta specializzazione in tema di management sanitario presso il nostro Ateneo: identici erano, dunque, il

percorso didattico già svolto e l'obiettivo formativo; altrettanto comune era la proiezione verso una rinnovata visione manageriale delle aziende sanitarie.

In aggiunta, i suddetti operatori erano dipendenti di diverse organizzazioni sanitarie, dislocate sul territorio delle regioni Campania, Basilicata, Puglia, così ripartite: aziende ospedaliere; aziende ospedaliere universitarie; AASSLL.

Più specificamente, gli operatori erano così distribuiti:

	azienda ospedaliera	azienda ospedaliera universitaria	ASL
medici-chirurghi	2	2	6
MMG e PLS	-	-	1
infermieri	2	-	2
biologi	1	1	-
farmacisti	1	-	1
fisioterapisti/logopedisti	-	-	3
amministrativi	1	-	1

L'eterogeneità delle organizzazioni indagate attraverso gli operatori è stata non casuale, giacché si è supposto, nella costruzione della ricerca, di poter osservare ulteriormente le differenti realtà organizzative, ove fossero emersi interessanti spunti di indagine e approfondimento della ricerca. Difatti si è adottato un approccio flessibile (Cardano, 2003), teso ad includere nel disegno della ricerca l'approfondimento di realtà (aziende) che dovessero emergere come maggiormente significative per il nostro studio.

Il percorso di *training*, svolto da un formatore-esperto, ha seguito la seguente mappa concettuale:

1. definizione dell'*health literacy*;
2. importanza dell'*health literacy*;
3. strumenti per la misurazione dell'*health literacy*.

Ad un mese dal termine del percorso di *training*, è stato somministrato ai partecipanti un test di verifica del grado di conoscenza del tema trattato.

Il test, composto da 10 quesiti a risposta multipla, con tre opzioni di risposta, ha consentito di verificare un elevato grado di apprendimento da parte degli operatori (14 hanno risposto correttamente a tutte le domande; 9 hanno risposto correttamente a 9 domande su 10; 1 ha risposto correttamente a 8 domande su 10).

A questo punto, si è domandato al gruppo di operatori di partecipare ad una indagine conoscitiva sul grado di *health literacy friendliness* delle organizzazioni sanitarie, spiegando a ciascuno i termini della ricerca.

Tutti gli operatori hanno risposto positivamente, manifestando la volontà di partecipare all'indagine.

Per tale ragione, si è costruito un questionario, ispirato ai C-CAT *tools* di cui si è detto nel precedente capitolo, volto a rilevare un atteggiamento proattivo delle organizzazioni sanitarie e del personale, finalizzato a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria dell'utenza.

Rispetto alla versione originale dei C-CAT *tools*, si è voluto adottare un questionario semplificato, di più agevole somministrazione, e se ne è voluta "esasperare" l'attitudine a rendere evidente la propensione dell'organizzazione ad atteggiamenti di sostegno a politiche di miglioramento dell'*health literacy*.

Scendendo nel dettaglio, si è voluto verificare se, ed in quale misura, l'*outcome* di salute sia correlato a politiche di *health literacy* oppure a "procedure informali", messe in atto dagli operatori sanitari in assenza di un

engagement formale delle organizzazioni verso l'alfabetizzazione sanitaria dell'utenza.

2 – Premessa metodologica

E' d'uopo, a questo punto del lavoro, soffermarsi sulla esplicitazione della premessa metodologica alla base del percorso di indagine che si è voluto compiere.

Il ricercatore, nell'apprestarsi al suo studio, ha da avventurarsi per i distinti cammini inizialmente tracciati da Weber e da Durkheim; egli dovrà scegliere il percorso migliore da seguire e, lungo il suo cammino, dovrà effettuare scelte adeguate, che possano infine condurlo all'obiettivo cognitivo che è meta del viaggio intrapreso.

Al ricercatore, tradizionalmente, si porrà la scelta tra il paradigma positivista¹⁴⁰ (sinonimo di metodo quantitativo) e quello interpretativista¹⁴¹

¹⁴⁰ "Il paradigma positivista (il primo ad essere utilizzato nelle scienze sociali) studia la realtà sociale utilizzando gli apparati concettuali, le tecniche di osservazione e misurazione, gli strumenti di analisi matematica e i procedimenti di inferenza delle scienze naturali. Il primo vero sociologo positivista è Durkheim, la cui teoria impone di trattare i fatti sociali come cose effettivamente esistenti al di fuori delle coscienze individuali e studiabili oggettivamente. L'ontologia del positivismo afferma quindi che la realtà sociale ha esistenza effettiva ed è conoscibile, come se si trattasse di una cosa. Dal punto vista epistemologico, esso si basa sul dualismo tra ricercatore e oggetto di studio (che non si influenzano a vicenda in nessun modo), presume di ottenere risultati veri e certi, il suo obiettivo è quello di spiegare e di formulare leggi naturali e generali immutabili. La metodologia positivista prevede quindi esperimenti e manipolazioni della realtà, con osservazioni e distacco tra l'osservatore e l'osservato; il suo modo di procedere è prevalentemente deduttivo (dal generale al particolare). Le tecniche utilizzate sono quantitative (esperimenti, statistica) e si utilizzano le variabili". Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino Editore, Bologna

¹⁴¹ "L'interpretativismo, che vede in Weber il suo esponente principale, non si propone di spiegare la realtà bensì di comprenderla; in questo modo si pone all'opposto del positivismo per quanto riguarda i punti principali del paradigma. Infatti, la sua ontologia prevede il costruttivismo e il relativismo (realtà multiple), vale a dire che non esiste una realtà oggettiva (ogni individuo produce una sua realtà, e solo questa realtà è conoscibile); inoltre anche le singole realtà individuali o anche condivise tra i gruppi sociali, variano comunque tra le diverse culture e quindi non esiste una realtà sociale universale valida per tutti. L'epistemologia prevede una separazione tra studioso e oggetto dello studio, la ricerca sociale è vista come una scienza interpretativa alla ricerca di significato piuttosto che una scienza sperimentale in cerca di leggi. Nel perseguire il suo scopo (che è quello della comprensione del

(sinonimo di metodo qualitativo) che, come ormai acclarato dalla dottrina, lungi dall'essere l'uno superiore all'altro su piani inconciliabili, si pongono come modi diversi di conoscere la realtà sociale (Corbetta, 1999).

L'impostazione di fondo del paradigma quantitativo è di tipo deduttivo: la teoria precede l'osservazione; i concetti teorici (*definitive concepts*) sono operativizzati in variabili; la reattività del soggetto non è ritenuta un ostacolo; l'interazione tra il soggetto studiato e il ricercatore è pressoché assente.

Di converso, il paradigma qualitativo si connota come propugnatore di "processi di conoscenza"¹⁴², in cui teoria e ricerca si muovono simultaneamente, e il ricercatore, seguendo un approccio induttivo, utilizza i concetti in modo orientativo (*sensitizing concept*), ossia come guida per pervenire alla teoria del percorso compiuto. Il fenomeno è osservato nel suo contesto e descritto in profondità.

Figura 1: Ricerca quantitativa vs. qualitativa e rilevazione dei dati

Livello Quantitativo	Livello Qualitativo
<i>A - Disegno della ricerca</i>	
Strutturato, chiuso, precede la ricerca	Destrutturato, aperto, costruito nel corso della ricerca
<i>B - Rappresentatività</i>	
Campionamento	Singoli casi, gruppi sperimentali
<i>C - Strumento di rilevazione</i>	
Matrici unità variabili	
Standardizzazione	Modelli approntati ad hoc
<i>D - Natura dei dati</i>	
Oggettività vs. soggettività	Soggettività vs. profondità

Fonte: Memoli R. (2005)

comportamento individuale), la ricerca sociale può servirsi di astrazioni e generalizzazioni: i tipi ideali e gli enunciati di possibilità. La metodologia prevede l'interazione tra studioso e studiato, perché solo in questo modo è possibile comprendere il significato attribuito dal soggetto alla propria azione. Le tecniche sono quindi qualitative e soggettive e il metodo usato è quello dell'induzione (dal particolare al generale)". Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino Editore, Bologna

¹⁴² Bianco A. (2007), *La conoscenza del mondo sociale. Guida allo studio della sociologia*. FrancoAngeli Editore, p.188

Peraltro, nella progressione del lavoro del ricercatore, talvolta i suddetti paradigmi mostrano confini talmente labili da poter asserire che “*non esiste un solo atto, una sola decisione di ricerca, che non sia un’inestricabile mix di qualità e quantità*”¹⁴³.

Sussiste, attualmente, una tensione verso la complementarietà o, ancor più, verso la convergenza dei due paradigmi, in cui la capacità dei metodi quantitativi di spiegare un fenomeno attraverso l’analisi oggettiva dei dati si integra con l’attitudine dei metodi qualitativi a leggere quello che i numeri non dicono, sfruttando la “potenza” dell’osservazione.

Consapevoli dei vantaggi e dei limiti dei due approcci innanzi descritti, per la nostra indagine ci affideremo ad un’analisi di tipo quantitativo, che ci consentirà di trarre adeguate e solide generalizzazioni.

L’indagine compiuta sconta, comunque, il limite di configurarsi come uno studio preliminare che, pur presentando un significativo valore euristico, abbisogna, negli sviluppi futuri della ricerca, di un approfondimento ulteriore, utile a rendere al meglio la complessità e la multidimensionalità del tema in parola. Pertanto, non si esclude, fin d’ora, la possibilità di integrare l’analisi svolta, negli *step* del percorso di ricerca che si vorranno compiere in futuro, con studi di tipo esplorativo, per approfondire le risposte comportamentali di vari soggetti coinvolti nel processo di produzione di informazione sanitaria (*key informant* aziendali, *practitioners*), secondo un approccio di tipo

¹⁴³ Campelli E. (1996), “Metodi qualitativi e teoria sociale”, in “*Il sociologo e le sirene*”, FrancoAngeli Editore, p.25

induttivo, idonei a meglio rappresentare il portato del valore soggettivo ed umano insito nel nostro tema di ricerca.

Nel pervenire al disegno della ricerca è necessario “dare l’opportunità di conoscere gli ambiti epistemologici e metodologici coerenti con l’oggetto del conoscere”¹⁴⁴.

Nel caso di specie, il percorso tipico della ricerca quantitativa, rappresentato in figura 2, si articola in processi successivi, ben definiti: esso parte dalla concettualizzazione teorica; formalizza una serie di ipotesi di ricerca che vengono verificate nella successiva fase di operativizzazione; i dati raccolti vengono, quindi, analizzati ed elaborati, ed i risultati ottenuti vengono generalizzati e assurgono al rango di nuova teoria.



Fonte: Memoli R. (2005)

¹⁴⁴ Memoli R. (2005), *Strategie e strumenti della ricerca sociale*, FrancoAngeli Editore, p.27

3 – Lo strumento di indagine

Le domande del questionario adottato nella presente indagine sono state strutturate a risposta chiusa, utilizzando una scala Likert da 1 a 5, così come nei C-CAT *tools*.

La tecnica della scala Likert, ideata da Rensis Likert nel 1932, si presta ad essere un strumento estremamente agevole per misurare atteggiamenti ed opinioni. La facilità dello strumento è riconosciuta sia per il rispondente che per il ricercatore¹⁴⁵.

Per evitare i fenomeni del *response set*, per il quale l'intervistato, in una batteria di domande, potrebbe essere indotto a dare meccanicamente sempre la stessa risposta, e dell'*acquiescent response set*, per il quale l'intervistato può tendere a dichiararsi sempre d'accordo con le affermazioni sottoposte, si è voluto, seguendo le indicazioni dei metodologi, invertire la polarità semantica di alcune affermazioni e la relativa codifica numerica¹⁴⁶.

Inoltre, si è voluto rendere gli *items* semanticamente semplici, ossia espressi in una terminologia familiare al campione statistico e non ambigua (Cacciola, Marradi, 1988).

Una precisazione è d'obbligo.

Il questionario ivi adottato, se adeguatamente testato, potrà costituire lo strumento di elezione per un'indagine su vasta scala, volta a meglio pesare l'orientamento della popolazione organizzativa, grazie alla somministrazione ad un campione più ampio di rispondenti. In questa fase, il questionario veste

¹⁴⁵ Cacciola S., Marradi A. (1988), "Contributo al dibattito sulle scale Likert basato sull'analisi di interviste registrate", in Marradi A. (a cura di), *Costruire il dato*, Franco Angeli, Milano, pp. 63-102

¹⁴⁶ Marradi A. (a cura di) (1988), *Costruire il dato. Sulle tecniche di raccolta delle informazioni nelle scienze sociali*, Franco Angeli, Milano

essenzialmente la forma di un *test-pilota*, comunque funzionale ai nostri obiettivi di ricerca.

Rispetto ai C-CAT *tools*, si preferisce indagare solo particolari domini organizzativi, utili a valutare in maniera compiuta la specifica performance organizzativa, dalla cui combinazione può derivare il livello di *health literacy friendliness* di un'organizzazione sanitaria.

Per lo scopo del nostro studio, pertanto, si estraggono, adattandoli alle caratteristiche specifiche del rispondente italiano, gli *items* proposti dai C-CAT *tools*, per i quali è accertata l'affidabilità statistica¹⁴⁷.

Più in dettaglio, il questionario si compone di 5 sezioni, ciascuna riferibile ad uno specifico dominio organizzativo:

1. *commitment* organizzativo verso politiche di *health literacy*
2. sviluppo del *commitment* dei dipendenti verso l'*health literacy*
3. *community engagement* verso l'*health literacy*
4. strumenti e metodi di *health literacy*
5. monitoraggio dell'efficacia delle politiche di *health literacy*.

La struttura dello strumento di indagine può essere schematizzata nella tabella seguente:

¹⁴⁷ Wynia M.K., Johnson M., McCoy T.P., Griffin L.P., Osborn C.Y. (2010), "Validation of an Organizational Communication Climate Assessment Toolkit", in *American Journal of Medical Quality* XX(X) 1-8, p.5

commitment organizzativo verso politiche di health literacy	sviluppo del commitment dei dipendenti verso l'health literacy	community engagement verso l'health literacy	strumenti e metodi di health literacy	monitoraggio dell'efficacia delle politiche di health literacy
Propensione dell'organizzazione verso l'health literacy	Promozione di interventi formativi e di aggiornamento del personale sul tema dell'health literacy	Propensione dell'organizzazione verso relazioni stabili con la comunità ed il territorio di riferimento per migliorare il livello di health literacy	Modalità di interazione degli operatori sanitari con i pazienti	Giudizio complessivo sull'efficacia della politica comunicazione ed informativa dell'organizzazione
Impegno dell'organizzazione verso un adeguato livello di accoglienza della struttura aziendale	Efficacia degli interventi formativi vs. presenza di procedure informali atte a meglio incontrare il bisogno di salute dei soggetti con health literacy inadeguata		Chiarezza informativa degli strumenti comunicazionali dell'organizzazione	Efficacia di sistemi informativi e comunicazionali verso pazienti in fase post-acuta e soggetti con health literacy inadeguata
Investimento dell'organizzazione in comunicazione e informazione			Percezione del livello di chiarezza degli artefatti informativi	
Sensibilità dell'organizzazione verso il bisogno di salute di soggetti con health literacy inadeguata				
Attitudine dell'organizzazione a valutare la performance del personale secondo parametri di health literacy				

4 – Analisi e discussione dei risultati dell'indagine

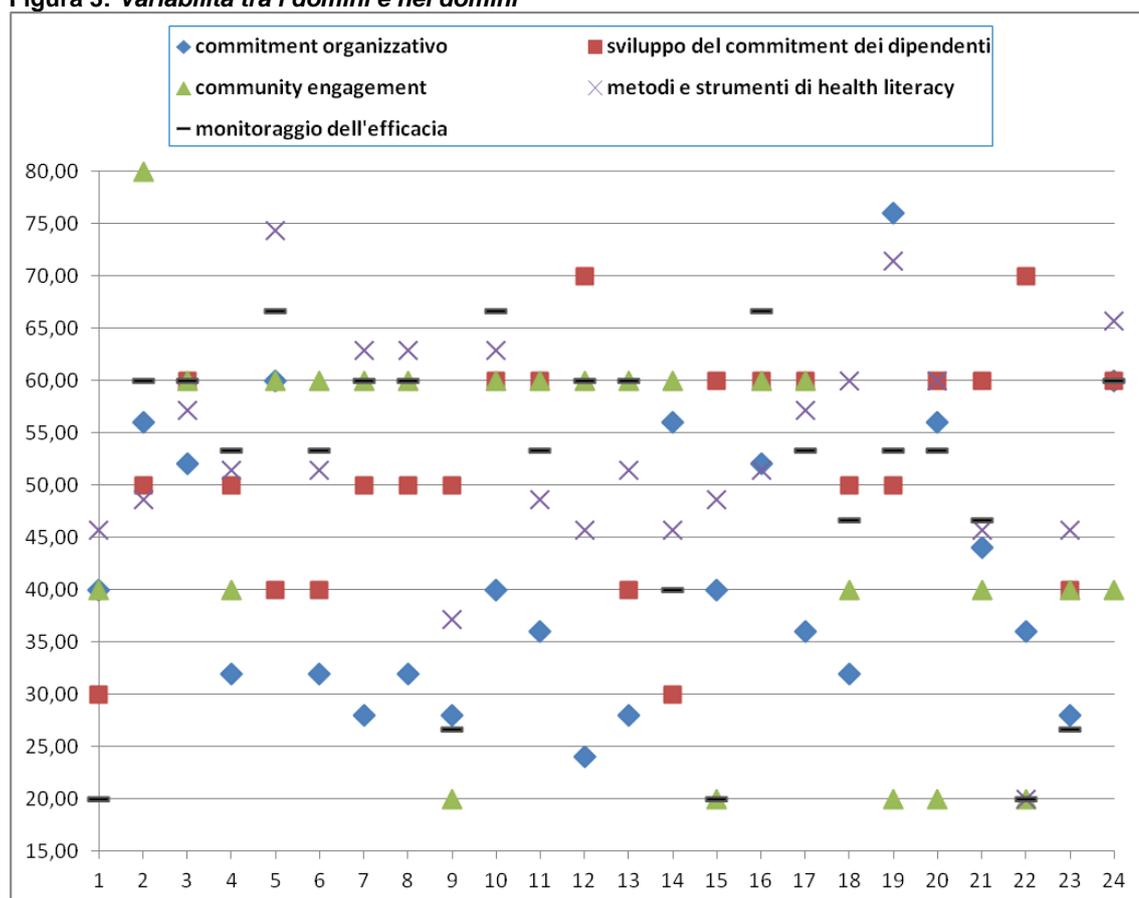
Per la raccolta dei dati e l'analisi dei risultati ci si serve di comuni applicativi informatici per la gestione dei fogli elettronici, evitando di ricorrere ai tipici *packages* per l'elaborazione statistica.

Ciò ci è consentito dalla numerosità campionaria, che ci permette di “maneggiare” i dati, elaborarli con completezza e di estrarne significative evidenze, senza eccessivi aggravii di tempo.

L’analisi dei risultati evidenzia una variabilità considerevole all’interno dei 5 domini, segno di frequenti “anomalie” di *health literacy* nell’organizzazione considerata; la variabilità tra i domini si mantiene alquanto costante, segno di un comportamento organizzativo tipico, in termini di analogia, tra le organizzazioni cui appartengono i rispondenti.

La figura 3 ci dà l’evidenza di quanto affermato:

Figura 3: Variabilità tra i domini e nei domini



Fonte: *elaborazione propria*

4.1 – Commitment organizzativo verso politiche di health literacy

Il dato che immediatamente risalta dall'indagine compiuta è il basso livello di *commitment* organizzativo rispetto all'*health literacy*, percepito dai rispondenti. Ben il 62,5% giudica negativamente la propensione della propria azienda ad implementare politiche, strategie e programmi per migliorare il livello di *health literacy*, che ritiene essere scarsa quando non del tutto inesistente.

E' rilevante constatare che le organizzazioni in parola, per il 66,67% dei rispondenti, non effettuano alcun investimento di risorse finanziarie verso il miglioramento della propria capacità di comunicazione e di informazione. Manca, pertanto, un orientamento strategico, nei decisori aziendali, verso l'*health literacy*, e ciò induce la constatazione di una mancata consapevolezza del ruolo che migliori livelli di alfabetizzazione sanitaria possono avere nel miglioramento degli *outcome* di salute e nella riduzione dei costi.

Ben peggiore è l'operatività delle organizzazioni sanitarie per incontrare, attraverso interventi fattuali e progetti periodici, il bisogno di informazione sanitaria dell'utenza con *health literacy* inadeguata: il 75% dei rispondenti, che denuncia la totale assenza di tali interventi, opera in organizzazioni sanitarie poco attente alla domanda di informazione sanitaria espressa dalla propria utenza, segno di una mancata capacità di creare un ponte ideale oltre il muro dell'incomunicabilità con il territorio.

Completamente inesistenti (100% di risposte negative) nelle organizzazioni sanitarie sono gli indicatori di performance collegati all'implementazione di politiche di alfabetizzazione sanitaria.

Pur non agganciando la valutazione del rendimento del personale alla capacità di realizzare azioni di *health literacy*, si riscontra una discreta tendenza (moderatamente frequente per il 37,5% dei rispondenti; frequente per il 29,1%) delle organizzazioni sanitarie nell'incoraggiare il personale a realizzare un ambiente accogliente per l'utenza.

Come si è avuto occasione di asserire nel capitolo primo, l'*health literacy* organizzativa si realizza anche attraverso il grado di accessibilità dei luoghi, la comprensibilità della segnaletica, la facilità nell'orientamento nella struttura sanitaria (Matthews & Sewell, 2002). Questa evidenza non può che essere letta alla luce della verificata assenza di risorse economico-finanziarie destinate all'implementazione del livello informativo e comunicazionale delle aziende. Pertanto, l'attenzione alla qualità comunicazionale degli ambienti di cura sembra potersi realizzare solo, o comunque in larga misura, attraverso procedure informali, ossia non standardizzate né istituzionalizzate a livello organizzativo.

4.2 – Sviluppo del commitment dei dipendenti verso l'*health literacy*

Ben il 79,16% dei rispondenti denuncia la totale assenza di interventi formativi rivolti al personale sanitario in materia di *health literacy*. Il restante 20,84% ne ignora l'attivazione presso la propria organizzazione. Tale deludente dato conferma l'assoluta incapacità delle organizzazioni sanitarie italiane di investire nell'educazione delle proprie risorse umane in materia di *health literacy*. Eppure, l'evidenza della letteratura dimostra quanto sia necessario formare, sensibilizzandolo, il personale sanitario verso il tema dell'*health literacy*.

Alla mancata attuazione di interventi formativi si contrappone l'atteggiamento degli operatori sanitari che, per il 45,83% dei rispondenti, mettono in atto frequentemente, in maniera che può a ragione ritenersi spontanea, procedure informali per soddisfare il bisogno di cura e informazione sanitaria espresso da utenza con *health literacy* inadeguata. Un'analoga percentuale di rispondenti ritiene le procedure informali comunque presenti, sebbene più occasionalmente.

4.3 – Community engagement verso l'health literacy

Le organizzazioni sanitarie cui appartengono i rispondenti alla nostra indagine sembrano essere decisamente distanti dalla comunità in cui insistono.

Infatti, per il 45,83% dei rispondenti, le aziende sanitarie non attuano, oppure attuano raramente, delle relazioni con la comunità, gli enti locali e le istituzioni scolastiche, al fine di promuovere una migliorata *health literacy*. Per il 50% dei rispondenti tali relazioni sono attuate in maniera del tutto occasionale.

Eppure, se assumiamo che il salto paradigmatico dalla *health care* al concetto di salute ponga come non più rinviabile una decisa logica di *governance* integrata, che da un lato realizzi una diversa allocazione funzionale delle strutture sanitarie sul territorio, rendendole capaci di rispondere più efficacemente ai bisogni emergenti della società, dall'altro riconsideri il ruolo degli enti locali nella gestione della salute, non possiamo non rimarcare la necessità di sviluppare strategie di coinvolgimento comunitario nei processi decisionali e gestionali dei servizi sanitari,

attraverso un approccio di *community health governance*¹⁴⁸ che interessi i diversi livelli di governo, a vario titolo coinvolti nel processo decisionale delle scelte sanitarie.

In questa necessaria tensione verso forme di *welfare community*, alla aziende sanitarie viene chiesto di avere “*confini fluidi che le consentono di relazionarsi variabilmente con l’ambiente esterno*”¹⁴⁹.

Posti tali assunti concettuali, un approccio di *health literacy* di comunità diventa improcrastinabile per intercettare, attraverso un adeguato sistema informativo, educativo e comunicazionale, i diversi e talora nuovi bisogni di salute indotti dai mutamenti socio-demografici, economici e culturali.

4.4 – Strumenti e metodi di health literacy

Uno dei metodi a disposizione degli operatori sanitari per favorire una migliore comprensione nei pazienti è rappresentato dal *teach back method*¹⁵⁰ (Osborne, 2012; Schwartzberg, *et al.*, 2007; Williams, *et al.* 2002).

¹⁴⁸ Una esaustiva definizione di *community health governance* si ha in Cipolla, Giarelli, 2002: «il concetto [...] si fonda sul tentativo di superare il tradizionale approccio settoriale e direttivo alle politiche sanitarie per attribuire un ruolo da protagonista alla comunità locale nell’identificazione anzitutto delle questioni sanitarie di maggior rilievo e nel generare quindi le risorse per farvi fronte, ottimizzando le relazioni con il governo locale e nazionale, attivando la collaborazione con le strutture di sanità pubblica e facendo di tutti questi processi l’occasione per una forma di apprendimento collettivo». Cipolla C., Giarelli G. (a cura di) (2002), *Salute e Società. Dopo l’aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, FrancoAngeli Edizioni, p.24

¹⁴⁹ Adinolfi P., «Cambiamenti ambientali e innovazioni organizzative nelle aziende sanitarie», in *Atti del Convegno Nazionale AIES “La sanità tra Stato e mercato”*, Padova, 2000

¹⁵⁰ «*This approach involves having clinicians take responsibility for adequate teaching by asking patients to demonstrate what they have been told (ie, teach back to you how to take their medications) to ensure that education has been adequate*». In Williams M.V., Davis T., Parker R.M., Weiss B.D. (2002), “The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication”, in *Family Medicine Journal*, 34(5). p. 387.

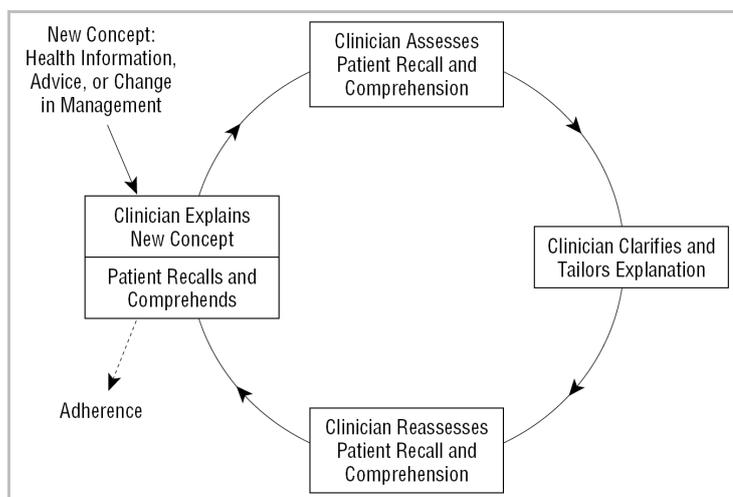
Dalla nostra indagine si apprezza come il 33,33% dei rispondenti affermi che, presso la propria organizzazione, gli operatori sanitari utilizzino tale metodica informativa e comunicazionale. Tale percentuale è da valutarsi in senso positivo, poiché va letta alla luce della mancata presenza di interventi formativi in *health literacy* per gli operatori sanitari.

Si può dedurre, perciò, che si tratta di procedure informali, messe in atto nella prassi medico-sanitaria per by-passare il *gap* comunicazionale con soggetti a basso grado di alfabetizzazione sanitaria e favorire l'efficacia delle cure somministrate.

Come già esposto, gli strumenti di misurazione del livello di *health literacy* individuale valutano, tra le varie, la capacità del singolo di saper comprendere ed interpretare vari "artefatti" informativi.

La nostra indagine, pertanto, si indirizza anche verso specifici strumenti comunicazionali adottati dalle organizzazioni sanitarie: moduli per il consenso informato, materiale per la comunicazione istituzionale, materiale

Un'efficace rappresentazione del *teach-back method* è offerta da Schillinger, *et al.* (2003), ed è di seguito riportata:



Fonte: Schillinger D., Piette J., Grumbach K., Wang F., Wilson C., Daher C., Leong-Grotz K., Castro C., Bidman A.B., (2003), "Closing the loop: Physician communications with diabetic patients who have low health literacy", in *Archives of Internal Medicine*, 163:83–90

educazionale volto alla promozione della salute, sistemi informativi per facilitare l'accessibilità della struttura sanitaria (mappe, segnaletiche, indicazioni).

Di questi, si indaga sia il grado di chiarezza e comprensibilità, sia la capacità dell'azienda sanitaria di valutarne correttamente la capacità di comprensione da parte degli utenti.

Dalla lettura dei dati raccolti, il 62,5% dei rispondenti giudica talvolta poco chiaro il materiale comunicazionale e informativo messo a disposizione dell'utenza; quanto alla documentazione e alla modulistica adottata dall'azienda e somministrata all'utenza, il 54,17% dei rispondenti le ritiene "talvolta poco chiare" e il 20,83% le giudica "poco chiare".

A denunciare la mancata attenzione verso il grado di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti è la percezione, espressa dagli operatori sanitari costituenti il nostro campione, della capacità dell'organizzazione di valutare correttamente il livello di comprensione della propria utenza rispetto agli "artefatti" e agli strumenti informativi adottati.

Ben il 91,67% dei rispondenti percepisce come scarsa la capacità di valutazione dell'azienda in merito alla comprensione del proprio materiale informativo educazionale e di comunicazione istituzionale, nonché degli artefatti per favorire l'accessibilità della struttura di cura. Parimenti, è da ritenersi scarsa (70,83%) la percezione della capacità di valutazione dell'azienda rispetto alla comprensione della propria modulistica per il consenso informato.

Tali dati ci inducono ad alcune considerazioni sulla capacità di comunicazione delle nostre organizzazioni sanitarie: un'azienda sanitaria,

per potersi dire *health literate*, deve necessariamente far leva su alcuni presupposti comunicativi imprescindibili, quali l'*informability* (Gregory, 1996) e la *corporate identity*¹⁵¹. Solo in tal guisa l'informazione potrà essere resa accessibile al più ampio pubblico possibile, «*including people with literacy problems, sensory impairment or learning difficulties*»¹⁵².

Di fronte alla frammentarietà delle informazioni e all'incoerenza degli artefatti informativi, alle aziende sanitarie si impone uno sforzo organizzativo-progettuale nel definire un modello integrato di comunicazione che renda l'informazione, erogata attraverso qualsivoglia mezzo, "coerente", "trovabile", "trasparente", "usabile".

4.5 – Monitoraggio dell'efficacia di politiche di health literacy

Nel tentativo di indagare il grado di efficacia degli strumenti utilizzati dalle organizzazioni per meglio informare la propria utenza e per favorire la promozione della salute, si è analizzato il grado di utilità per gli utenti, percepita dagli operatori sanitari, rispetto alle iniziative di *health literacy* messe in atto dalla propria azienda. L'analisi effettuata mostra un grado percepito di utilità per l'utente minimo o poco rilevante (66,67%).

¹⁵¹ La *corporate identity* «si estrinseca soprattutto nell'agire comunicativo ovvero in un sistema di flussi comunicativi più o meno controllati». In Pastore A., Vernuccio M. (2006), *Impresa e comunicazione. Principi e strumenti per il management*, Apogeo, p. 30. Più in dettaglio, essa è da intendersi, qui, come l'«insieme programmato di messaggi visivi mediante i quali il pubblico può riconoscere l'impresa e distinguere un'impresa dall'altra e che può essere usato per rappresentare e simboleggiare l'impresa». In Bernstein D. (1986), *Company image and reality. A critique of corporate communication*, London, Holt, Rinehart and Winston; tr. it. *Company image. La comunicazione d'impresa tra immagine e realtà*, Milano, Guerini e Associati, 1988

¹⁵² Gregory W. (1996), *The informability manual: making information more accessible in the light of the disability discrimination act*, H.M. Stationery Office, Central Office of Information, London

In aggiunta, si è voluto indagare il grado di “azione” delle organizzazioni nel post-acuzia e, più in generale, verso le fasce di utenza a bassa *health literacy*.

Le evidenze sul *community engagement*¹⁵³ inducono a presupporre una frattura nella continuità assistenziale, con particolare riguardo alla gestione del post-acuzia e della *long term care*, e, di conseguenza, una sostanziale carenza di interventi concertati, finalizzati ad obiettivi sanitari, sociali e socio-assistenziali. Il 51,17% dei rispondenti rileva un’attenzione meramente occasionale della propria azienda alla realizzazione di un sistema di informazione e comunicazione continua con i post-acuti; solo per il 20,83% tali interventi sono più frequenti.

Ben più elevata è la mancanza di attenzione delle organizzazioni sanitarie verso la realizzazione di un sistema informativo e comunicazionale con utenti a basso tasso di alfabetizzazione sanitaria e con i loro familiari. Difatti, il 54,17% dei rispondenti rileva un’azione meramente occasionale delle aziende verso tale problematica e ben il 45,83% ritiene assolutamente rara, se non del tutto inesistente, la sensibilità proattiva delle aziende in tale senso.

Rileva considerare quanto sia da ritenersi essenziale la costruzione di un’adeguata relazione informativa con i *caregivers* informali¹⁵⁴: difatti, è solo

¹⁵³ «Community engagement refers to the process of getting communities involved in decisions that affect them. This includes the planning, development and management of services, as well as activities which aim to improve health or reduce health inequalities» in Popay J. (2006), “Community Engagement, community development and health improvement. A Background Paper prepared for NICE”, *National Institute for Health and Clinical Excellence*, London

¹⁵⁴ Con il termine *caregivers* informali ci si riferisce a coloro che prestano assistenza e cura attraverso vie “non istituzionalizzate”. Si fa riferimento alla presa in carico, sovente volontaria e altresì inevitabile, da parte di famiglie, vicinato, parentela, amici. L’*informal care* è emersa prepotentemente all’attenzione in anni recenti, con l’aumentata incidenza di malattie croniche e degenerative. L’interesse al *caregiving*

attraverso una corretta informazione ed educazione alla cura che la qualità dell'assistenza resa da costoro può migliorare, pervenendo altresì ad un alleviamento del peso per il cosiddetto “*welfare invisibile*”.

4.6 – Correlazione tra strumenti e procedure formali ed informali ed efficacia e qualità percepita

L'analisi fin qui svolta ci permette di esplicitare alcuni assunti:

- le organizzazioni sanitarie sono ben lontane dall'implementare, in via formale, azioni e politiche per l'implementazione dell'*health literacy*;
- nelle aziende sanitarie manca una visione *health literacy oriented*, tale da pervadere i vari livelli organizzativi a guisa di una comune tensione proattiva al miglioramento della capacità di informazione, comunicazione e, estremizzando, di promozione della salute;
- pur essendo carenti gli interventi formativi, rivolti al personale sanitario, sul tema dell'*health literacy*, è evidente una spiccata sensibilità degli operatori verso l'utenza con *health literacy* problematica. Non di rado gli operatori sanitari mettono in atto atteggiamenti e comportamenti utili ad agevolare una migliore comunicazione e una più adeguata informazione a favore degli utenti con più bassa alfabetizzazione;
- le procedure informali, messe in atto dagli operatori sanitari, sono piuttosto diffuse e svolgono un ruolo compensativo rispetto alla “latitanza” delle aziende;

informale è necessario, sia in termini economici, giacché rappresenta un costo che sfugge dal computo dell'assistenza sanitaria, sia per stimare il *caregiver burden* a carico del prestatore di assistenza.

- l'inadeguatezza informativa e comunicazionale degli artefatti e degli strumenti adottati dalle organizzazioni sanitarie è diffusamente riconosciuta dagli operatori sanitari;
- l'efficacia degli interventi di *health literacy* messi in atto dalle organizzazioni è decisamente limitata, quanto più si sposta il *focus* su una visione integrata con il territorio e quanto più si considerano i *trends* crescenti della *long term care* e delle patologie croniche.

Nell'intento di voler verificare la veridicità dei nostri assunti, si è voluto ulteriormente indagare l'esito del questionario, focalizzando l'attenzione su 3 variabili:

1. presenza di strumenti e procedure formali di *health literacy*
2. presenza di strumenti e procedure informali di *health literacy*
3. efficacia e qualità percepita delle azioni organizzative a favore dell'*health literacy*.

A tal fine, si sono dapprima selezionati gli *items* che meglio consentissero di dare la misura delle suddette variabili; successivamente si sono aggregati gli *items* selezionati; infine, si è proceduto a misurare le tre variabili suindicate.

L'analisi compiuta evidenzia una scarsa presenza di strumenti e procedure formali (47,92%). Il ruolo compensativo di procedure informali, da noi assunto, è verificato da una loro elevata presenza (63,47%). La qualità e l'efficacia delle procedure e degli strumenti per migliorare il livello di *health literacy* e soddisfare il bisogno di informazione e salute di soggetti con alfabetizzazione sanitaria impropria sono da ritenersi non sufficienti (47,9%).

A questo punto dell'analisi, si ritiene necessario verificare la correlazione tra:

- strumenti e procedure formali – efficacia e qualità percepita

- strumenti e procedure informali – efficacia e qualità percepita

sì da comprendere al meglio se le organizzazioni possano o meno vivere beneficiando della “rendita di posizione” derivante dalla supplenza svolta dall’iniziativa volontaria degli operatori sanitari.

Posti i dati in tabella:

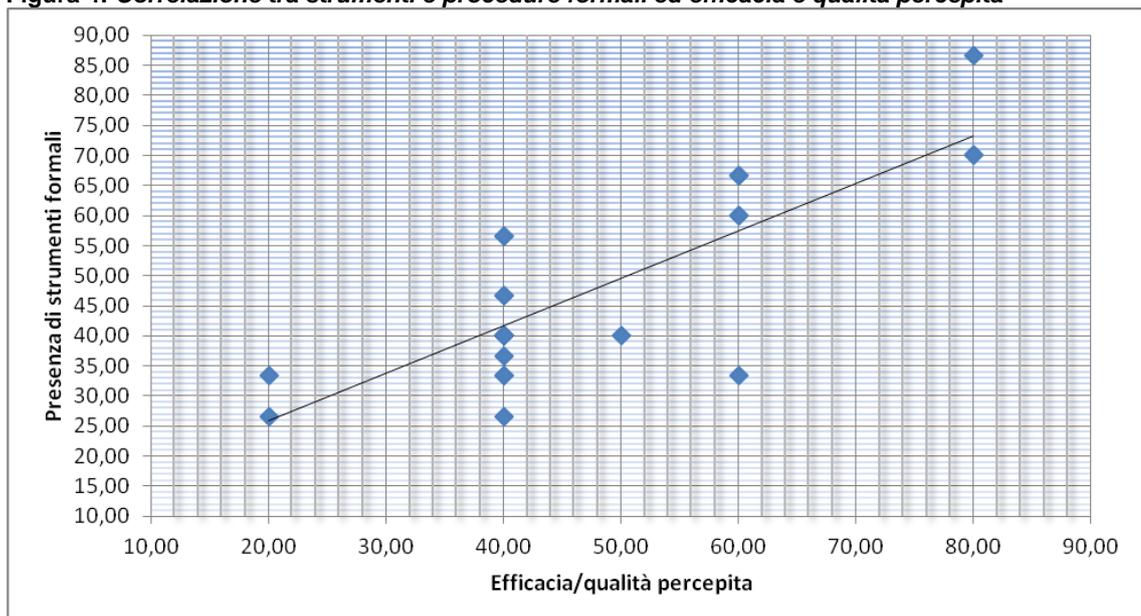
Variabile	Media	Varianza	STD DV
strumenti e procedure formali	47,92	255,89	16
strumenti e procedure informali	63,47	249,72	15,80
efficacia e qualità percepita	47,90	269,38	16,41

la correlazione stimata è la seguente:

Variabili	Correlazione
strumenti e procedure formali - efficacia e qualità percepita	0.81
strumenti e procedure informali - efficacia e qualità percepita	-0,08

L’analisi della correlazione dimostra che esiste un intenso legame associativo tra procedure di tipo formale ed efficacia;

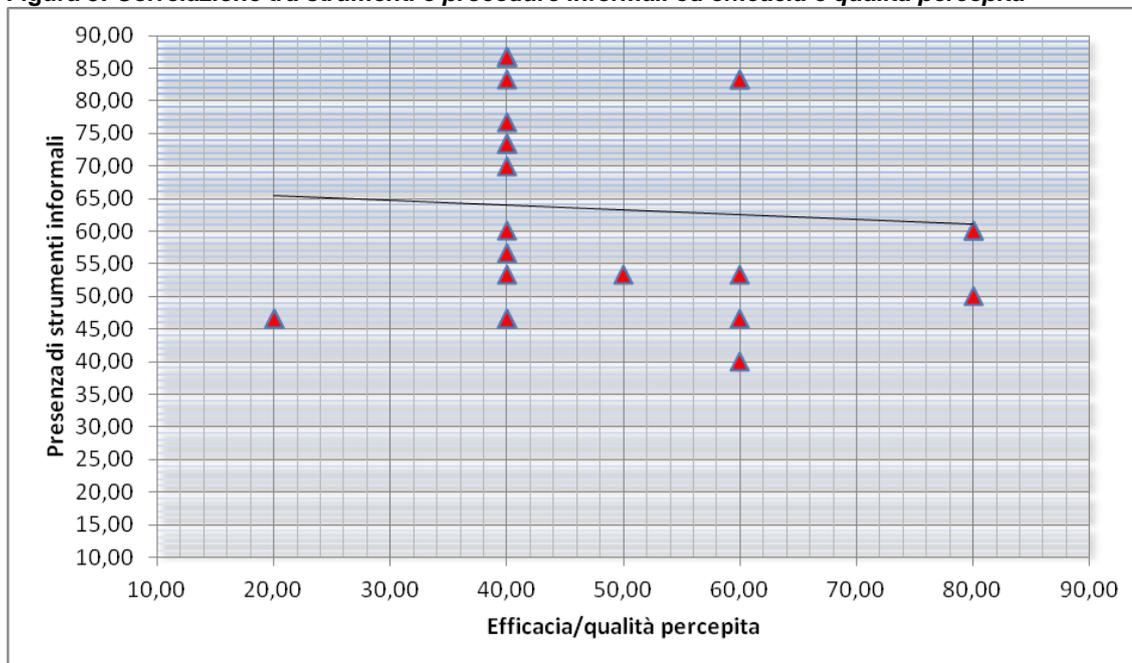
Figura 4: Correlazione tra strumenti e procedure formali ed efficacia e qualità percepita



Fonte: *elaborazione propria*

nel contempo evidenzia una correlazione inversa, poco significativa, tra procedure di tipo informale ed efficacia.

Figura 5: Correlazione tra strumenti e procedure informali ed efficacia e qualità percepita



Fonte: *elaborazione propria*

Quanto evidenziato dalla nostra ulteriore analisi ci consente di rendere ancor più significativi i risultati della ricerca e, viepiù, di asserire che l'utilità, la qualità e l'efficacia degli interventi realizzati a fini informativi, comunicazionali e di promozione della salute (in una parola, di *health literacy*) sono massimizzate se le aziende adottano una visione sistemica, logiche molteplici e politiche pervasive.

Viceversa, lo sforzo compiuto dagli operatori sanitari nel mettere in atto procedure informali, che derivano essenzialmente dall'esperienza e dalla sensibilità dovuta alla prossimità al "problema" di *health literacy* inadeguata, viene vanificato, dal momento che manca di una adeguata permeabilità nell'organizzazione; esso è sporadico e non concretizzato in *routines*; si

scontra, a monte, contro l'assenza di un *commitment* organizzativo e, a valle, con una mancata attitudine all'*health literacy* di comunità.

CONCLUSIONI

L'indagine svolta con il presente lavoro di ricerca ci induce ad alcuni spunti di riflessione, che si vogliono qui esporre.

Nonostante la ristrettezza del *sample* preso in esame, emergono alcune caratteristiche tipiche dell'*health literacy*, da leggersi secondo la dimensione aziendale e quella del *professional*.

Presso l'organizzazione sanitaria e, similmente, presso il professionista della salute, si concentra un patrimonio di informazione e conoscenza; ad entrambi l'utente, nella sua veste di cittadino e paziente, si rivolge nell'espressione del proprio bisogno di cura.

La domanda sanitaria espressa dall'utente sottende un'esigenza di accessibilità, fruibilità e correttezza delle informazioni di salute, tanto più esacerbata quanto più ridotto è il *background* formativo, cognitivo e culturale dell'utente stesso.

Particolari dinamiche sociali, quali ad esempio l'afflusso migratorio, alterano le caratteristiche della popolazione, modificando il "bacino d'utenza" delle organizzazioni sanitarie; parimenti, variazioni epidemiologiche, quali l'aumentata incidenza delle malattie croniche e lungo-degenti, modificano le specificità delle patologie.

Ciò induce un accrescimento della complessità del sistema sanitario, su cui, non ultimo, agiscono anche le dinamiche economiche.

La forte spinta alla complessità pone l'utente di fronte alla sfida di doversi orientare correttamente nel sistema sanitario.

Non basta all'utente far leva sul proprio livello di scolarizzazione: sebbene sia evidente quanto un buon livello di educazione favorisca una maggiore correttezza nella formulazione della domanda di salute, la capacità di ritenzione può aversi solo se interviene un meccanismo di *life-long learning*, giacché il percorso di formazione e informazione alla salute non può che dirsi evolutivo, invadente l'intero percorso di vita del singolo.

Assumendo che lo stato di salute di un individuo è determinato da una congerie di fattori, che travalicano gli aspetti genetici per arrivare alle condizioni ambientali e socio-economiche, è dimostrato come l'*health literacy* si ponga quale determinante imprescindibile della salute, che, per il suo portato valoriale, reclama attenzione crescente da parte dei decisori istituzionali, delle organizzazioni sanitarie, dei *professionals*.

La consistenza e le dimensioni del concetto di *health literacy* sono state indagate e dibattute nella nostra disamina, nel tentativo di farne emergere il contributo benefico per l'utente/paziente e per la comunità.

Nella nostra ricerca si è più volte confermata la "visione sistemica" sottesa alla concettualizzazione di *health literacy*, considerando influenze ed esternalità in specifici domini sociali e le conseguenti implicazioni per la salute pubblica.

Seguendo l'ipotesi di una incapacità del sistema sanitario italiano a mettere in atto, in maniera sistemica e pervasiva, politiche volte all'implementazione

dell'*health literacy*, e altresì supponendo una mancata attenzione delle organizzazioni sanitarie verso il tema in parola, si è tentato di dimostrare quanto il sistema di cura del nostro Paese sia ancora distante da una attivazione sostanziale di percorsi *health literate*.

Sebbene gli operatori sanitari dimostrino una spiccata sensibilità verso la problematica dell'alfabetizzazione sanitaria, che li induce a mettere in atto, nella loro pratica professionale, comportamenti non formalizzati, tesi a meglio comunicare e più adeguatamente informare il paziente, è evidente come lo slancio dei *professionals* sia insufficiente a colmare il *gap* di *health literacy sensitivity* delle organizzazioni sanitarie. Queste ultime, difatti, erogano informazione sanitaria in maniera frammentaria; mancano di attivare processi di adeguamento, in senso *health literate*, delle loro strutture così come delle loro risorse; si tengono lontane dal prevedere interventi strategici volti a migliorare la propria attitudine comunicazionale, sia all'interno che verso i propri interlocutori esterni.

Il distacco dal contesto è tanto più avvertito quanto più si sposta l'analisi verso l'attenzione delle aziende alla comunità e al bisogno di cura espresso da utenza particolare, quale lungo-degenti e malati cronici.

Per pervenire a migliori *outcome* di salute, si dimostra quanto sia essenziale formalizzare l'approccio *health literacy friendly* in ambito organizzativo, concretizzandolo nelle *routines*, declinandolo nelle politiche gestionali, applicandolo nei canali e nei mezzi di informazione e comunicazione adottati. Solo attraverso un'acquisita consapevolezza da parte delle organizzazioni e fattive logiche di cambiamento si possono auspicare, attraverso la lente

dell'*health literacy*, maggiore equità, migliori *outcome*, minori costi: in una parola, maggiore *public health quality*.

Tutto ciò induce alla consapevolezza che l'*health literacy*, per porsi a garanzia del salto paradigmatico dal concetto di *care* a quello di *well being*, abbisogna di un riconoscimento valoriale univoco presso i *decision makers* del settore e, conseguentemente, di una “reinterpretazione” delle logiche sottese alle architetture normative, organizzative e gestionali, così come ai disegni di integrazione con il territorio e agli schemi dialogici con l'utente.

BIBLIOGRAFIA

Abel T. (2007), "Cultural capital in health promotion", in: McQuenn D.V. e Kickbusch I., *et al.* (a cura di), *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. 1st ed. New York, Springer, pp. 43-73

Adinolfi P. (*forthcoming*), "Barriers to Reforming Healthcare: The Italian Case", in *Health Care Analysis*, Springer

Adinolfi P., «Cambiamenti ambientali e innovazioni organizzative nelle aziende sanitarie», in *Atti del Convegno Nazionale AIES "La sanità tra Stato e mercato"*, Padova, 2000

Baker D.W., Wolf M.S., Feinglass J., Thompson J.A., Gazmararian J.A., Huang J. (2007), "Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons", in *Archives of Internal Medicine*, 167(14):1503-1509

Baker D.W. (2006), "The Meaning and the Measure of Health Literacy", in *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 21, No. 28, pp. 878-883

Baker D.W., Gazmararian J.A., Williams M.V., Scott T., Parker R.M., Green D., Ren J., Peel J.. (2002), "Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees", in *American Journal of Public Health*; 92:1278-1283

Baker D.W., Parker R.M., Williams M.V., Clark W.S. (1998), "Health literacy and the risk of hospital admission", in *Journal of General Internal Medicine*; 13:791-800

Baker D.W., Parker R.M., Williams M.V., Ptikin K., Parikh, N.S., Coates, W., *et al.* (1996), "The health care experience of patients with low literacy", in *Archives of Family Medicine*, 5(6), 329-334

Baur C. (2007), *Town Hall Meeting on Improving Health Literacy*, New York

Berlinguer G. (2011), *Storia della salute. Da privilegio a diritto*, Giunti Editore

Bernstein D. (1986), *Company image and reality. A critique of corporate communication*, London, Holt, Rinehart and Winston; tr. it. *Company image. La comunicazione d'impresa tra immagine e realtà* (1988), Guerini e Associati, Milano

Bianco A. (2007), *La conoscenza del mondo sociale. Guida allo studio della sociologia*, FrancoAngeli Editore

Borgonovi E., (2009), *Tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo*. Egea Editore, Milano

Brach C., Dreyer B., Schyve P., Hernandez L.M., Baur C., Lemerise A.J., Parker R. (2012), "Attributes of a Health Literate Organization", *Institute of Medicine*, National Academy of Sciences

Cacciola S., Marradi A. (1988) "Contributo al dibattito sulle scale Likert basato sull'analisi di interviste registrate", in Marradi A. (a cura di), *Costruire il dato*, FrancoAngeli, Milano, pp. 63-102

Campelli E. (1996), "Metodi qualitativi e teoria sociale", in *"Il sociologo e le sirene"*, FrancoAngeli Editore

Cardano M. (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa*. Carocci, Roma

Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Snyder, A., *et al.* (2008), "Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population" in *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 561–566

Cipolla C., Giarelli G. (a cura di) (2002), *Salute e Società. Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, FrancoAngeli Editore

Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino Editore, Bologna

Cutler D.M., Lleras-Muney A., "Education and Health: Evaluating Theories and Evidence", *NBER Working Paper* No. 12352 June 2006

Dahlgren G., Whitehead M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: World Health Organization

Davis T.C., Wolf M.S., Bass P.F. III, Middlebrooks M., Kennen E., Baker D. W., *et al.* (2006), "Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels", in *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 847–851

Davis, T.C., Lon, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993), "Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument", in *Family Medicine*, 25(6), 391–395

de Pieri P., Favaretti C. (1996), *Salute e sicurezza dei lavoratori in ospedali. Indicazioni per un progetto di promozione della salute*. Centro di Coordinamento della Rete Italiana degli Ospedali per la Promozione della Salute

DeWalt D.A., Berkman N.D., Sheridan S., Lohr K.N., Pignone M.P. (2004), "Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature", in *Journal of General Internal Medicine*, 19:1228–1239

Eichler K., Wieser S., Brügger U. (2009), "The costs of limited health literacy: a systematic review", in *International Journal of Public Health* 54:313-324

EPHA (2010), *2010 EPHA Briefing on Health Inequalities*, www.epha.org

European Commission: Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. In *Com(2007) 630 final*. 2007

European Health Literacy Survey Project, Department of International Health, Maastricht University (www.inthehealth.eu)

Freebody P., Luke A. (1990), "Literacies programs: Debates and demands in cultural context", in *Prospect: Australian Journal of TESOL*, 5(3), 7–16

Gallina V. (2005) *Adult Literacy and Life skills (ALL) - Competenze della popolazione adulta e abilità per la vita*. INVALSI

Gregory W. (1996), *The informability manual: making information more accessible in the light of the disability discrimination act*, H.M. Stationery Office, Central Office of Information, London

Grossman M., Kaestner R. (1997), "Effects of Education on Health", in Behrman and Stacey editions, *The Social Benefits of Education*, University of Michigan Press

Health Literacy Conference Report. *European Patients' Forum Spring Conference*, Brussels, 8-9 April, 2008

Heneghan C., Alonso-Coello P., Garcia-Alamino J., et al. (2006), "Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis", in *Lancet*, 367, 404–411

Higgins C., Lavin T., Metcalfe O. (2008), *Health Impacts of Education: a review*. Institute of Public Health in Ireland, 2008

Honoré P.A., Wright D., Berwick D.M., Clancy M.C., Lee P., Nowinski J., Koh H.K. (2011), "Creating A Framework For Getting Quality Into The Public Health System", in *Health Affairs*, 30, no.4:737-745

ITALICA Volume 79 Number 4 (2002)

Johnston Lloyd L., Ammary N., Epstein L., Johnson R. Rhee K. (2006), "A Transdisciplinary Approach to Improve Health Literacy and Reduce Disparities", in *Health Promotion Practice*, 3

Kanj M., Mitic W., "Health Literacy and Health Promotion", Conference Working Document, 7th Global Conference on Health Promotion, *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009

Kickbusch I., Maag D. (2008), "Health Literacy", in Heggenhougen K., Quah S. (a cura di) *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 3. San Diego: Academic Press; pp. 204-211

Kickbusch I., Wait S., Maag D. (2005), "Navigating Health. The role of health literacy", *International Longevity Centre-UK*

Kickbusch I. (1997), "Think health: What makes the difference?", in *Health Promotion International*, 12

Koh H.K., Berwick D.M., Clancy C.M., Baur C., Brach C., Harris L.M., Zerhusen E.G. (2012), "New Federal Policy Initiatives To Boost Health Literacy Can Help The Nation Move Beyond The Cycle Of Costly 'Crisis Care'", in *Health Affairs*, 31, no.2:434-443

Krippendorff K. (2004), *Content analysis: an introduction to its methodology*, Sage publications

Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C. (2006), "The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)". *U.S. Department of Education*. Washington, DC: National Center for Education Statistics

Kwan B., Frankish J., Rootman I. (2006), *The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations*. Vancouver: Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, pagg. 1-189

Lalonde M. (1974), "A New Perspective on the Health of Canadians" – *A Working Document*, Ottawa, Ministry of Health and Welfare

Levy M., Royne M.B. (2009), "The impact of consumers' health literacy on public health", in *The Journal of Consumer Affairs*. Vol. 43. No. 2

Mancuso C.A., Rincon M. (2006), "Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes", in *Journal of General Internal Medicine*; 21:813-817

Marradi A. (a cura di) (1988), *Costruire il dato. Sulle tecniche di raccolta delle informazioni nelle scienze sociali*, FrancoAngeli, Milano.

Mårtensson L., Hensing G. (2011), "Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review", in *Scandinavian Journal of Caring Sciences*

Matthews T.L., Sewell J.C. (2002), *State Official's Guide to Health Literacy*, Lexington, KY: The Council of State Governments

Mattox E.A. (2010), "Identifying Vulnerable Patients at Heightened Risk for Medical Error", in *Critical Care Nurse*, 30:61-70

Memoli R. (2005), *Strategie e strumenti della ricerca sociale*, FrancoAngeli Editore

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2010), *Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale"*

Morris N.S., MacLean C.D., Chew L.D., Littenberg B. (2006), "The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability", in *BMC Family Practice*, 7(21)

Murphy-Knoll L. (2007), "Low health literacy puts patients at risk: the Joint Commission proposes solutions to national problem", in *Journal of Nursing Care Quality*, 22(3), 205–209

Musella M. (2012), *Health Literacy Tool Box. Strumenti di valutazione*, Mediserve

Nelli R. (2010), "Dall'informazione alla relazione: la comunicazione interna delle aziende in Italia", *ASERI Working papers*, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Nielson-Bohlman L., Panzer A., Kindig D. (2004), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Washington, DC

Nutbeam D. (2009), "Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?", in *International Journal of Public Health*, 54:303–305

Nutbeam D. (2001), "Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century", in *Health Promotion International*, 15, 259-267

Nutbeam D., Kickbusch I. (2000), "Advancing health literacy: a global challenge for 21st century", in *Health Promotion International*, 15 (3): 183-184., Oxford University Press

Nutbeam D. (1998), "Health Promotion Glossary", in *Health Promotion International*, 13. 349-364

Osborne H. (2012), *Health Literacy from A to Z. Practical ways to communicate your health message*, second edition, Jones & Bartlett Publishers

Paasche-Orlow M.K., Wolf M.S. (2007), "The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes", in *American Journal of Health Behavior*,31(Suppl 1):S19-S26

Parker R. (2009), *Health Literacy, eHealth, and Communication: Putting the Consumer First: Workshop Summary*. Edited by L. M. Hernandez. Board on Population Health and Public Health Practice. Washington, DC: The National Academies Press

Parker R.M., Ratzan S.C., Lurie N. (2003), "Health Literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care", in *Health Affairs*, Vol. 22, No. 4

Parker R.M., Baker D.W., Williams M.V., Nurss J.R. (1995), "The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): a new instrument for measuring patient's literacy skills", in *Journal of General Internal Medicine*;10:537–542

Pastore A., Vernuccio M. (2006), *Impresa e comunicazione. Principi e strumenti per il management*, Apogeo, p. 30

Perrone F. (2004), *Manager del cambiamento*, FrancoAngeli editore, Milano

Popay J. (2006), "Community Engagement, community development and health improvement. A Background Paper prepared for NICE", *National Institute for Health and Clinical Excellence*, London

Ratzan S., Apfel F. (2011), "NCD Health literacy – what can hospitals do?". in *World Hospitals and Health Services*,Vol. 47 No. 2

Rogers E.S., Wallace L.S., Weiss B.D. (2006), "Misperceptions of medical understanding in low-literacy patients: implications for cancer prevention", in. *Cancer Control*. 13(3), 225–229

Rootman I. *Literacy and its Implications for Health Care*. Presentation to 2009 CHA Intramural Learning session. Canadian Council on Learning,

Health and Learning Knowledge Centre, University of Victoria. Ottawa, Ontario

Rootman I. (2002), "Health Literacy and Health Promotion", in *Ontario Health Promotion E-Bulletin*, No. 270

Ross C.E., Wu C. (1995), "The links between education and health", in *American Sociological Review*, 719-745

Schillinger D., Piette J., Grumbach K., Wang F., Wilson C., Daher C., Leong-Grotz K., Castro C., Bidman A.B., (2003), "Closing the loop: Physician communications with diabetic patients who have low health literacy", in *Archives of Internal Medicine*, 163:83–90

Schwartzberg J.G., Cowett A., VanGeest J., Wolf M.S. (2007), "Communication Techniques for Patients With Low Health Literacy: A Survey of Physicians, Nurses, and Pharmacists", in *American Journal of Health Behavior*; 31(Suppl. 1):S96-S104

Simonds S. (1974), "Health Education as Social Policy", in *Health Education Monograph 2* Baltimore: Johns Hopkins University, 1-25

Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam S., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., (2012), "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models", in *BMC Public Health* 12:80

Stableford S., Mettger W. (2007), "Plain language: a strategic response to the health literacy challenge", in *Journal of Public Health Policy*, 28(1), 71–93

Starfield B. (2006), "State of the art in research on equity and health", in *Journal of Health Politics, Policy, and Law*;31:11-32

Sudore R.L., Yaffe K., Satterfield S., Harris T.B., Mehta K.M., Simonsick E.M. (2006), "Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study", in *Journal of General Internal Medicine*; 21:806-912

Tones K. (2002), "Health Literacy: New Wine in Old Bottles", in *Health Education Research*,17:287-290

UNESCO Education Sector (2004), *The Plurality of Literacy and its implications for Policies and Programs: Position Paper*. Paris: United National Educational, Scientific and Cultural Organization

UNESCO Institute for Statistics, *Adult and Youth Literacy: Global trends in Gender parity*. UIS Fact Sheet, September 2010, No. 3

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, *National Action Plan to Improve Health Literacy*, maggio 2010

Vernon J.A., Trujillo A., Rosenbaum S., De Buono B. (2007), "Low health literacy: Implications for national health policy", *George Washington University Medical Centre, School of Public Health and Health Services*

Volandes A.E., Paasche-Orlow M.K. (2007), "Health literacy, health inequality and a just healthcare system", in *The American Journal of Bioethics*;7(11):5–10

von Wagner C., Knight K., Steptoe A., Wardle J. (2007), "Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults", in *Journal of Epidemiology and Community Health*; 61(12): 1086–1090

Wallace L.R., Rogers E.S., Roskos S.E., Holiday D.B., Weiss B.D. (2006) "Brief Report: Screening Items to Identify Patients with Limited Health Literacy Skills", in *Journal of General Internal Medicine*, 21:874-877

Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report

Watson R. (2011), "Europeans with poor "health literacy" are heavy users of health services", in *British Medical Journal*; 343:d7741

Weiss B.D., Mays M.Z., Martz W., Castro K.M., DeWalt D.A., Pignone M.P., Mockbee J., Hale F.A. (2005), "Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign" in *Annals of Family Medicine*. ;3(6):514–22

WHCA Action Guide (2009), *Health Literacy. Action Guide*, World Health Communication Associates Ltd.

White S. (2008), *Assessing the Nation's Health Literacy. Key concepts and findings of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*, American Medical Association Foundation

Whitehead M., Dahlgren G. (2006), *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. World Health Organization

Wilberforce M. (2005), *Graduate Market Trends (Prospects)*. Sheffield: Department for Education and Skills

Williams M.V., Davis T., Parker R.M., Weiss B.D. (2002), "The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication", in *Family Medicine Journal*, 34(5):383-9

Williams M.V., Baker D.W., Parker R.M., Nurss J.R. (1998), "Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes", in *Archives Internal Medicine* ; 158:166-72

Wils A. (2002), *On Accelerating the Global Literacy Transition*, Research and Assessment Systems for Sustainability Program Discussion Paper 2002-18. Cambridge, MA: Environment and Natural Resources Program, Belfer Center for Science and International Affairs, Kennedy School of Government, Harvard University

Wolf M.S., Gazmararian J.A., Baker D.W. (2005), "Health literacy and functional health status among older adults", in *Archives of Internal Medicine*; 165:1946-52

World Health Organization (1986), "Ottawa Charter for Health Promotion", *First International Conference on Health Promotion*

World Literacy Foundation (www.worldliteracyfoundation.org)

Wynia M.K., Johnson M., McCoy T.P., Griffin L.P., Osborn C.Y. (2010), "Validation of an Organizational Communication Climate Assessment Toolkit", in *American Journal of Medical Quality* XX(X) 1-8

Wynia M.K., Osborn C.O. (2010), "Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations", in *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15:S2, 102-115

Zanella R. (2011), *Manuale di economia sanitaria*, Maggioli editore

Zarcadoolas C., Pleasant A., Greer D.S. (2005), "Understanding health literacy: an expanded model", in *Health Promotion International*, Vol. 20 No. 2, Oxford International Press.

APPENDICE A.

Newest Vital Sign: tabella nutrizionale e scheda di rilevazione (traduzione e adattamento degli strumenti a cura del dott. Marco Musella)

Scheda Intervista e Punteggio del Newest Vital Sign

Health Literacy®
WWW.HEALTHLITERACY.IT

LEGGERE AL PAZIENTE:
Questa informazione è sul retro di un contenitore di gelato

1 Se mangi l'intero contenitore di gelato, quante calorie avrai ingerito?
Risposta: 1.000 è l'unica risposta corretta.

2 Se ti fosse permesso di assumere 60 grammi di carboidrati come snack, quanto gelato potresti mangiare?
Risposta: Ciascuna delle seguenti risposte è corretta:

- 1 tazza (o qualunque quantità fino a 1 tazza)
- Mezzo contenitore

Nota: se il paziente risponde: "Due porzioni" chiedere: "A quanto gelato corrisponderebbe se dovesse misurarlo con una tazza?"

3 Il tuo medico ti consiglia di ridurre la quantità di grassi saturi nella tua dieta. Normalmente consumi 42 grammi di grassi saturi ogni giorno, che include una porzione di gelato. Se smettessi di mangiare gelato, quanti grammi di grassi saturi consumeresti ogni giorno?
Risposta: 33 grammi è l'unica risposta corretta

4 Se normalmente ingerisci 2.500 calorie al giorno, che percentuale del tuo valore giornaliero di calorie assumi mangiando una porzione di gelato?
Risposta: 10% è l'unica risposta corretta

Risposta corretta
SI NO

LEGGERE AL PAZIENTE:
Supporti di essere allergico a queste sostanze: Penicillina, arachidi, guanti in lattice, punture di api.

5 È sicuro per te mangiare questo gelato?
Risposta: No

6 (Domandare solo se il paziente risponde "No" alla domanda 5) Perché no?
Risposta: Perché contiene olio di arachidi

NUMERO DI RISPOSTE CORRETTE

TEMPO min sec

Interpretazione del punteggio
 Punteggio 0-1: suggerisce una elevata probabilità (50% o più) di un basso livello di Health Literacy.
 Punteggio 2-3: indica la possibilità di un livello di Health Literacy limitato.
 Punteggio 4-6: indica quasi sempre un livello adeguato di Health Literacy.

Health Literacy®
WWW.HEALTHLITERACY.IT

VALORI NUTRIZIONALI

1 porzione: 1/2 tazza **Porzioni per vasetto: 4**

Valori per porzione

Calorie:	250	Calorie da grassi:	120
		% VG	
Grassi totali	13 g		20%
di cui Saturi	9 g		40%
Colesterolo	28 mg		12%
Sodio	55 mg		2%
Carboidrati totali	30 g		12%
di cui Fibra	2 g		
di cui Zuccheri	23 g		
Proteine	4 g		8%



APPENDICE B.

Indagine conoscitiva sull'health literacy

Gentile Dottore/Gentile Dottoressa,

nell'ambito di un'indagine sull'implementazione di politiche aziendali volte al miglioramento del livello di "alfabetizzazione sanitaria" degli utenti, avviata presso il Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali dell'Università degli Studi di Salerno, Le sarei grata se potesse dedicare quindici minuti del Suo tempo alla compilazione del questionario che segue.

Il Suo anonimato è assolutamente garantito.

I dati raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità di ricerca.

La prego di inviare il questionario compilato all'indirizzo: cannarumma@unisa.it

La ringrazio anticipatamente per il Suo contributo e per l'attenzione che vorrà cortesemente riservare al progetto di ricerca.

Cordialmente,

Carmela Annarumma

Dipartimento Studi e Ricerche Aziendali
Facoltà di Economia
Università degli Studi di Salerno
tel.: 089.963031 - cannarumma@unisa.it

1. Come giudica la propensione della Sua azienda a implementare politiche, strategie o programmi finalizzati al miglioramento del livello di health literacy?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elevata; è una delle priorità aziendali	moderata	occasionale	scarsa	inesistente

2. In che misura la Sua azienda incoraggia il personale a realizzare un ambiente accogliente per gli utenti/pazienti? Per ambiente accogliente intenda piena accessibilità agli spazi, ai reparti o agli uffici, comprensibilità della segnaletica, facilità nell'orientamento *et similia*.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
mai	raramente	occasionalmente	spesso	sempre

3. Secondo le informazioni di cui dispone, quale percentuale del budget annuale della Sua azienda è destinata al miglioramento della comunicazione e dell'informazione per gli utenti/pazienti?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>				
oltre 10%	tra 6% e 10%	tra 1% e 5%	0%	non so

4. Considerando gli ultimi due anni, quanti interventi sono stati pianificati dalla Sua azienda per soddisfare il bisogno di informazione sanitaria espresso dalle fasce deboli della popolazione? Per fasce deboli intenda precipuamente anziani, soggetti con bassa scolarizzazione e immigrati.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
non so	nessuno	solo uno	due	più di due

5. La valutazione della performance del personale della Sua azienda è connessa con l'implementazione di politiche per l'health literacy?

1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no	sì

6. In caso di risposta positiva al precedente quesito, in una scala di valutazione crescente da 0 a 5, in cui 0 indica il minimo grado e 5 il massimo grado, in quale percentuale i risultati di health literacy impattano sulla retribuzione accessoria?

	0	1	2	3	4	5		
<i>minimo grado</i>							<i>massimo grado</i>	

7. Considerando gli ultimi due anni, quanti interventi formativi rivolti all'educazione del personale in materia di health literacy sono stati realizzati dalla Sua azienda?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
non so	nessuno	solo uno	due	più di due

8. Qualora la Sua azienda avesse già implementato programmi di formazione in materia di health literacy, come giudica l'efficacia di tali interventi formativi in una scala di valutazione crescente da 1 a 5?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
non efficaci	poco efficaci	parzialmente efficaci	efficaci	molto efficaci

9. Nell'ipotesi di mancata attuazione di interventi formativi in materia di health literacy, ritiene che il personale ponga in essere procedure informali per soddisfare il bisogno di cura e informazione sanitaria espresso da utenti/pazienti con scarsa alfabetizzazione sanitaria?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>				
molto frequentemente	frequentemente	occasionalmente	raramente	mai

10. Con quale frequenza la Sua azienda attiva delle relazioni con la comunità, gli enti locali e le istituzioni scolastiche per promuovere l'health literacy?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>				
molto frequentemente	frequentemente	occasionalmente	raramente	mai

11. Quanto è diffusa l'abitudine tra gli operatori sanitari della Sua azienda ad utilizzare strumenti come il teachback method finalizzati a verificare il grado di comprensione dei pazienti? Si tenga presente che il teachback method consiste nel far ripetere al paziente ciò che gli si è spiegato al fine di verificare che le istruzioni e le prescrizioni siano state effettivamente comprese.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
per nulla diffusa	poco diffusa	abbastanza diffusa	diffusa	molto diffusa

12. Come giudica il livello di chiarezza e comprensione degli strumenti comunicativi adottati dalla Sua azienda indicati in tabella?

	5	4	3	2	1
	molto chiaro	chiaro	talvolta poco chiaro	poco chiaro	non chiaro
materiale comunicazionale e informativo	<input type="checkbox"/>				
documentazione e modulistica somministrata a pazienti/utenti	<input type="checkbox"/>				

13. Ritiene che la Sua azienda sia in grado di valutare il livello di comprensione da parte degli utenti/pazienti degli strumenti indicati in tabella?

	5	4	3	2	1
	sempre	quasi sempre	a volte	quasi mai	mai
moduli per il consenso informato	<input type="checkbox"/>				
mappe; indicazioni per raggiungere reparti, uffici servizi; segnaletica	<input type="checkbox"/>				
materiale per la comunicazione istituzionale	<input type="checkbox"/>				
materiale informativo educazionale	<input type="checkbox"/>				

14. Alla luce della Sua esperienza lavorativa, come giudica l'utilità che gli utenti/pazienti traggono dagli strumenti utilizzati dalla Sua azienda a fini informativi e di promozione della salute?

1	2	3	4	5
<i>minima utilità</i>		<i>massima utilità</i>		

15. Con quale frequenza la Sua azienda si preoccupa di attivare un sistema di informazione e comunicazione con i pazienti ed i loro familiari nella fase post-acuta?

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>				
molto frequentemente	frequentemente	occasionalmente	raramente	mai

16. Con quale frequenza la Sua azienda si preoccupa di attivare un sistema di informazione e comunicazione con pazienti/utenti a basso grado di alfabetizzazione sanitaria e con i loro familiari? Per pazienti a basso grado di alfabetizzazione si intendano, in particolare, anziani, soggetti con bassa scolarizzazione e immigrati.

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>				
molto frequentemente	frequentemente	occasionalmente	raramente	mai

Lei è:

- Medico-chirurgo
- Medico di medicina generale
- Pediatra di libera scelta
- Infermiere
- Biologo
- Farmacista
- Fisioterapista
- Amministrativo
- altro

(specificare) _____

La Sua azienda di appartenenza è:

- una ASL
- un'azienda ospedaliera
- un'azienda ospedaliera universitaria
- un IRCCS
- altro

(specificare) _____

Genere:

- Femmina
- Maschio

Grazie per la Sua collaborazione