

HEALTH LITERACY: UN'OPPORTUNITA' PER IL COMPARTO

Carlo Scovino

Collana Gruppi,
Organizzazioni, Comunità

GOC



edizioni
ARCIPELAGO



edizioni
ARCIPELAGO



GRUPPI, ORGANIZZAZIONI, COMUNITÀ

Collana promossa da ARIPS, diretta da Margherita Sberna

È la naturale continuazione della collana Gruppi & Comunità già edita da Città Studi dal 1993 al 1998. Il desiderio di conservare questa tradizione affonda le sue radici innanzitutto nel proposito di continuare ad offrire esperienze concrete ed orientamenti teorici attuali rispetto a quanto concerne l'area dell'immateriale e dei suoi servizi.

Non sono solo i professionisti ad essere i destinatari ideali di questa iniziativa. Anche tutti coloro che vivono nelle aggregazioni umane come semplici membri di esse, o come cittadini interessati ad influenzarne i destini attraverso l'impegno politico o civile o nel volontariato possono trovare argomenti interessanti nei volumi che saranno pubblicati.

Le aggregazioni umane, da quelle più piccole (come i piccoli gruppi e le famiglie) a quelle più estese (come le organizzazioni, le istituzioni, le città) sono da sempre oggetto dell'interesse dell'associazione. La quale fin dalla nascita ha concentrato i suoi studi sulla ricerca di strategie utili a mantenere vitali le aggregazioni e a stimolarne il continuo sviluppo. L'immateriale, come oggi viene chiamato, si mostra come il settore più vivace e vitale nell'attuale società, a cavallo fra due millenni: qui si troverà lavoro nei prossimi anni, qui è concentrata l'attenzione dei legislatori che vogliono promuoverne l'evoluzione verso un maggiore benessere, qui vengono investiti patrimoni della neonata Unione Europea.

I gruppi, le organizzazioni, le comunità, i modi in cui gli individui vi abitano e le modalità per aumentarne la qualità, sono l'oggetto della ricerca, della sperimentazione e degli interventi di cui si parlerà nei contributi che verranno pubblicati in questa Collana.

Caratteristiche dei volumi saranno:

- la presentazione delle posizioni teoriche più avanzate ed evolute
- il collegamento fra principi e sperimentazione concreta sul campo
- la professionalità come procedura da applicare per raggiungere dei risultati.

ARIPS – Associazione Ricerche e Interventi Psicosociali e di Psicologia di Comunità – è un'aggregazione di ricerca, intervento e formazione, non profit e sostenuta dai soli soci. Fondata nel 1978, ha dato significativi contributi allo sviluppo delle scienze e delle pratiche psicosociali.

Autori ed esperienze saranno membri di ARIPS, ma – nella filosofia di scambio e di confronto tipica dell'associazione – saranno accolti contributi di professionisti, studiosi, ricercatori esterni, che si sentono affini alle nostre impostazioni e alle nostre esperienze e che condividono la passione per lo studio e il desiderio di rifondazione delle scienze e delle pratiche sociali.

Ulteriori informazioni: www.arips.com

*Al mio relatore Prof. Enrico De Luca
per avermi sostenuto nella stesura di questa tesi.
Alla mia complicata e rumorosa famiglia.
A tutti i pazienti che ho incontrato nel mio itinerario
professionale
e che hanno contribuito a fare di me una persona
migliore.
Ai miei ex colleghi:
Ines Marroccoli
che è stata la mia Coordinatrice Infermieristica e con la
quale ho condiviso una lunga e importante avventura
professionale;
Michele Arduini
che è stato il mio Coordinatore Infermieristico,
purtroppo per poco tempo, un competente galantuomo
professionale.
Grazie ad ambedue per aver creduto in me.*

Outsiders

Ogni Poeta
ha un suo silente Amore
con le proprie righe dissonanti entro la sua anima
che stridula pressante
in scoscesi torrenti...
affamata scorre lungo sottili ruscelli
gelidi al suo passaggio
fiera d'impensabili dolori che null'altro sa.
E allora le pagine si colmano di colori,
le sfumature si intrecciano,
vibrano tra le righe le parole...
sobbalzano i fogli
quali donzelle danzanti l'Inno della vita.
Il Poeta raccoglie in essi stralci di istanti
Sparsi qua e là
Dando forma ad una visione astratta
...il pensiero.

S.B.

Collana: Gruppi, Organizzazioni, Comunità

Carlo Scovino

HEALTH LITERACY: UN'OPPORTUNITA' PER IL COMPARTO

© Copyright 2021 - Edizioni Arcipelago

Via Brescia 6

25080 Molinetto di Mazzano – BS

Prima edizione elettronica dicembre 2021

CARLO SCOVINO

**HEALTH LITERACY:
UN'OPPORTUNITA'
PER IL COMPARTO**

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 9
I CAPITOLO	pag. 12
Dal concetto di <i>literacy</i> a quello di <i>health literacy</i> : alcune considerazioni	
II CAPITOLO	pag. 26
Salute mentale: lo scenario attuale	
III CAPITOLO	pag. 39
Presentazione della ricerca	
3.1 Lo strumento di indagine: note metodologiche	pag. 39
3.2 Analisi e discussione dei risultati dell'indagine	pag. 40
IV CAPITOLO	pag. 54
Riflessioni personali	
CONCLUSIONI	pag. 57
BIBLIOGRAFIA	pag. 62
SITOGRAFIA	pag. 64
ALLEGATI	pag. 65

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. La Carta di Ottawa¹ 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, ecc. i quali si dipanano in differenti equilibri: di macro livello – stante l'input proveniente dalle scelte di sanità pubblica compiute dal decisore istituzionale; di meso livello – che si sostanzia in ambito clinico nell'interazione medico/paziente; di micro livello – che si concretizza nella capacità di autocura e responsabilità del singolo. Si afferma così una visione

¹La Carta di Ottawa individua tre strategie fondamentali per la promozione della salute: advocacy - al fine di creare le condizioni essenziali per la salute; enabling – per abilitare le persone a raggiungere il loro massimo potenziale di salute; mediating - per mediare tra i diversi interessi in campo. La prima Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, formula la Carta per condurre un'azione mirante alla salute per tutti nell'anno 2000. Questa Conferenza era prima di tutto una risposta all'attesa, sempre più chiara, di un nuovo movimento di sanità pubblica nel mondo.

socio-ecologica del benessere, in virtù della quale la promozione della salute diviene il momentum dialogico tra i contesti educativi, clinici, istituzionali, ambientali, socioeconomici e 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*. Questo termine compare in letteratura nel 1974, in un articolo di S. Simonds che, per la prima volta, correla il grado di educazione scolastica, il livello di comunicazione e informazione e le competenze sanitarie. Nel corso degli anni numerosi studiosi e ricercatori hanno contribuito alla rielaborazione del concetto e all'ampliamento dei suoi confini. Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito l'*health literacy* tra i termini del Glossario di Promozione della Salute, indicandola come un'importante strategia di empowerment. Negli ultimi anni l'interesse sul tema è cresciuto in modo considerevole in ragione del forte legame, evidenziato dalla letteratura scientifica internazionale, tra le competenze caratterizzanti l'*health literacy* in relazione alla salute e alla prevenzione

La scelta dell'argomento di questo elaborato ha a che fare con la mia storia professionale e con il mio desiderio di approfondire alcuni aspetti relativi alla prevenzione e ad una corretta comunicazione specificatamente nell'ambito della salute mentale.

Questa tesi non ha la presunzione di fornire una esaustiva fotografia dell'esistente ma vuole rappresentare un'opportunità di riflessione ulteriore su un tema, quello dell'*health literacy*, ancora poco tematizzato nell'ambito della salute mentale.

Il primo capitolo presenta il paradigma concettuale e ripercorre i processi socioculturali che hanno condotto alla formulazione dell'*health literacy*.

Nel secondo viene presentato lo scenario attuale della salute mentale con uno sguardo rivolto ai servizi.

Il terzo capitolo presenta una mini-ricerca sul tema di questa tesi realizzato attraverso la somministrazione di questionari agli infermieri che lavorano nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (da qui in poi DSMD) dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano. Verranno, inoltre, presentati i dati emersi dalla ricerca che verranno discussi e tematizzati.

Il penultimo capitolo tematizza le mie valutazioni a proposito della ricerca nella sua interezza.

L'ultima parte sarà dedicata alle conclusioni, che oltre a chiudere questo elaborato, rappresenta il termine del mio percorso di studi foriero di spunti e domande.

Seguirà un'approfondita bibliografia e una sitografia di riferimento.

I CAPITOLO

Health literacy: il paradigma concettuale

Per la definizione del concetto di *health literacy* in tutto questo elaborato farò riferimento a quanto affermato dall'OMS "... indica le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute. L'*health literacy* implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in sé stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. Pertanto, *health literacy* non significa solo essere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un'importante strategia di empowerment che può migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace'².

² WHO Health Promotion Glossary, 1999

Le evidenze disponibili su questo tema supportano un approccio trasversale alla società più ampio e relazionale che non tiene conto solo di un livello individuale di *health literacy* ma anche della complessità dei contesti nei quali le persone agiscono. Scarse competenze in questo ambito sono associate a comportamenti a rischio, cattive condizioni di salute, scarsa capacità di autogestione della salute, a un numero più elevato di ricoveri ospedalieri e a un aumento dei costi per il sistema sanitario. È stato dimostrato che rafforzando l'*health literacy* si costruisce una resilienza individuale e di comunità, si supporta il contrasto alle disuguaglianze di salute e si migliora la salute e il benessere. La sanità pubblica e altri settori possono agire per rafforzare l'*health literacy* nei diversi setting: istruzione, luoghi di lavoro, mercati, sistemi sanitari, sfera dei media nuovi e tradizionali e l'arena politica.

Le persone sono sempre più chiamate a fare scelte di vita sane e a gestire i loro percorsi personali e familiari attraverso ambienti e sistemi sanitari complessi, ma non sono preparati o adeguatamente supportati per affrontare questi compiti. Le società moderne promuovono attivamente stili di vita non salutari e orientarsi nei sistemi sanitari è sempre più difficile (anche per le persone con alti livelli di acculturazione) e i sistemi di istruzione troppo spesso non riescono a fornire alle persone le competenze adeguate per accedere, capire,

valutare e utilizzare le informazioni per migliorare la propria salute.

L'*health literacy* negli ultimi anni ha ricevuto una notevole attenzione da parte di tutto il mondo. La ricerca ci sta rapidamente aiutando a capire che rafforzandola si possono ottenere numerosi benefici in termini di miglioramento della salute e del benessere e di riduzione delle disuguaglianze di salute.

La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute³ afferma *"Le persone non possono raggiungere il potenziale massimo di salute possibile se non sono in grado di esercitare un maggiore controllo su ciò che determina la propria salute"*

L'*health literacy* è stata definita in modi molti diversi da quando è stata introdotta la prima volta come concetto e

³La Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, che si è svolta a Ottawa nel 1986, rispondendo alle crescenti aspettative di un nuovo movimento per la salute pubblica in tutto il mondo, ha definito e delineato i principi e gli ambiti di azione per la promozione della salute. La Carta ha definito la promozione della salute come *"il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere in grado di individuare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni e di modificare l'ambiente o farvi fronte. La salute è, quindi, vista come una risorsa per la vita di tutti i giorni, non l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, ma anche le capacità fisiche. Pertanto, la promozione della salute non è solo responsabilità del settore sanitario ma va al di là degli stili di vita sani per il benessere"*

negli ultimi anni si è anche parlato di *plain language*⁴ (la comunicazione che l'ascoltatore o il lettore può comprendere chiaramente la prima volta che ascolta o legge). Per costruire *health literacy* è necessario fornire informazioni credibili e significative e il materiale informativo sulla salute dovrebbe porre attenzione, nel contenuto e nel formato, alle specificità e alle diversità individuali dei destinatari anche di tipo culturale, sessuale e anagrafico.

L'*health literacy* è un concetto relazionale: non significa solo sviluppo delle abilità individuali ma anche interazione tra le persone e i loro ambienti di vita e un aumento del potere e della voce del singolo e di questi in rapporto agli altri. I programmi di *health literacy*, per esempio, contribuiscono a co-produrre salute migliorando la comunicazione e gestendo l'equilibrio di potere tra utenti dei servizi, fornitori di servizi o tra non esperti del settore e specialisti. L'*health literacy* è legata in modo pregnante ai contesti di vita e questo aspetto ha delle forti ripercussioni sulla ricerca nell'ambito della materia. Essa assume diversi significati nei vari contesti socioculturali rilevanti per la salute. Negli ultimi 20 anni, infatti, sono stati sviluppati numerosi approcci e strumenti per

⁴Nel 2010, la Commissione Europea ha lanciato la campagna *Clear Writing*, per rendere tutti i tipi di documenti, in tutte le lingue, più brevi e più semplici. Gli attori principali del *plain-language* sono le autorità locali, i servizi sanitari e le grandi società. In alcuni paesi come la Finlandia, la Svezia, gli Stati Uniti d'America, la Germania e l'Australia i governi nazionali hanno adottato iniziative di *plain-language* e istituito normative a riguardo.

rafforzare l'*health literacy* nei diversi setting e per i diversi gruppi di popolazione.

L'interazione tra setting, persone e professionisti è essenziale per lo sviluppo di politiche e programmi che affrontino il problema dell'*health literacy* e per la loro valutazione. Nel settore sanitario, l'interfaccia con i professionisti gioca un ruolo molto importante.

Le informazioni sulla salute sono spesso inaccessibili perché vi è un'asimmetria tra il livello di *literacy* richiesto dai sistemi sanitari e le reali competenze dell'adulto medio. Per la maggior parte dei cittadini europei le principali fonti di informazione, e quelle ritenute più affidabili, sono ancora rappresentate dai professionisti sanitari con cui si interfacciano abitualmente, ma molti cercano informazioni supplementari attraverso una vasta serie di canali di comunicazione (*ehealth literacy*). Che cosa si intende per *eHealth literacy*? Nello specifico l'*eHealth literacy* combina i diversi aspetti delle competenze di *literacy* e li applica all'ambito della promozione della salute, attraverso i canali digitali.

La Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, i libri bianchi dell'Unione Europea e le dichiarazioni del United Nations Economic and Social Council richiedono di investire nella ricerca e in azioni concrete sull'*health literacy*, fornendo mandati politici di estrema importanza.

L'*health literacy* è un imperativo per la sanità pubblica ed è un fattore predittivo importante dello stato di salute, che è correlato all'età, al reddito, allo stato occupazionale, al livello di istruzione e all'appartenenza

etnica. Tutti, compresi i bambini e gli adolescenti, hanno il diritto ad accedere a informazioni sulla salute e a sistemi di salute che siano in grado di comprendere e nei quali possano muoversi facilmente. Essi hanno, inoltre, il diritto ad essere informati, come consumatori, sui prodotti che possono essere nocivi per la propria salute.

Rafforzare l'*health literacy* non solo migliora la salute, ma costruisce anche resilienza per aiutare gli individui e le comunità a farsi strada tra le azioni e le risorse a sostegno della salute.

Vi sono varie figure atte ad aumentare il livello di *health literacy* tra cui, in primis, i professionisti sanitari, che hanno bisogno di adattare la loro comunicazione per soddisfare le esigenze dei loro pazienti e che hanno la responsabilità di favorire la loro alfabetizzazione sanitaria. Spesso però la valutazione del grado di *health literacy* nella pratica clinica è generalmente affidata all'istinto e alla buona volontà del singolo professionista per varie ragioni: scarsa sensibilizzazione del personale; mancanza di tempo; carenza di formazione da parte degli operatori sanitari; resistenza e diffidenza da parte dei pazienti.

Fra le barriere principali da considerare nell'analisi del livello di *health literacy* vi è l'imbarazzo dei pazienti nel sottoporsi a questo tipo di valutazione. Bisogna tenere presente che spesso il personale sanitario è impreparato a rispondere al bisogno di cura espresso da utenti svantaggiati, non riesce a comunicare in modo adeguato le informazioni sanitarie e non si accerta che l'utente le abbia comprese. I livelli di *health literacy* formalizzati da D.Nutbeam (2001) distinguono tre livelli di *literacy*:

- *basic/functional literacy* - consiste nell'applicare le capacità basilari, come leggere e scrivere, alle decisioni comuni e quotidiane di salute e di agire di conseguenza. Tale livello può ricondursi ad un'educazione sanitaria di base, atta a far comprendere i rischi derivati da una determinata malattia e far conoscere i servizi assistenziali in modo da aumentare la compliance del paziente. Questo livello non riguarda la capacità di prendere decisioni, bensì di comprendere le indicazioni date e la persona ha un ruolo passivo.
- *communicative/interactive literacy* - capacità più avanzate di ottenere e comprendere le informazioni derivanti da fonti diverse al fine di partecipare attivamente alle decisioni di salute e migliorare la propria qualità di vita. In questo modo la persona accresce il grado di indipendenza e i benefici riguardano in primis la persona ma senza vantaggi per la comunità.
- *Critical literacy* - l'unione di avanzate capacità cognitive con le capacità sociali permette di analizzare criticamente le informazioni di salute ed esercitare un maggiore controllo sui determinanti di salute⁵. La persona riesce a muoversi all'interno

⁵Sono i fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione. Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto dello stato di salute: i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono per il 40-50%; lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%; l'eredità genetica per un altro 20-30%, e i servizi

del sistema e riconoscere la qualità dei servizi offerti. Si agisce per ottimizzare il benessere individuale ma anche quello della società grazie a una interazione attiva tra il livello individuale e quello politico. Tra questi tre livelli individuati si caratterizza sempre una maggiore crescita dell'empowerment, un miglioramento delle capacità degli individui di accedere alle informazioni di salute ed utilizzarle in modo efficace, un aumento del self management e la valorizzazione delle competenze.

Il sistema sanitario si basa sulle capacità del paziente di muoversi all'interno del sistema ed a interagire con i professionisti che vi lavoravano. La crescente capacità degli operatori sanitari nel comprendere i bisogni di salute e assistere gli utenti porta a migliorare l'accesso al sistema, a ridurre l'inappropriatezza e a limitare i rischi. L'utente si sente più sicuro, seguito e ha maggiore fiducia nel sistema, riuscendo così ad aumentare la sua indipendenza e a fare scelte per migliorare la sua qualità di vita.

L'*health literacy* ha un impatto diretto sui comportamenti ed in ultima istanza sui risultati di salute a breve e lungo termine.

Nella pratica clinica identificare pazienti con bassi livelli di *health literacy* non è semplice. Da una prima e sommaria

sanitari per il 10-15%. L'OMS ha proposto anche un elenco di prerequisiti della salute, ossia di situazioni che devono essere presenti nelle comunità che acquisiscono la consapevolezza e la decisione di perseguire la salute dei suoi componenti.

osservazione del paziente non è possibile capire il suo livello di *health literacy*. Le persone con bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria hanno sviluppato un gran numero di sottili strategie di dissimulazione che consentono loro di nascondere il problema.

Molti di questi pazienti portano con sé un amico o un familiare che possa assisterli; molto spesso essi osservano il comportamento di altri pazienti nella medesima situazione e "riproducono" le loro azioni. Molte persone con bassi livelli di *health literacy* hanno appreso nel tempo delle "abilità" che consentono loro di muoversi all'interno del sistema sanitario evitando il più possibile situazioni di imbarazzo o vergogna.

Questi pazienti, a prima vista, sembrano avere un buon controllo della propria salute e dei trattamenti medici ma, nella realtà, hanno una enorme necessità di informazioni critiche per gestire efficacemente le proprie condizioni di salute.

Sebbene sia difficile identificare un paziente con bassi livelli di *health literacy*, esistono alcuni segni e sintomi che possono aiutarci:

- a) moduli riempiti in modo non corretto o incompleti;
- b) materiale cartaceo di supporto passato velocemente di mano ad un familiare o un accompagnatore;
- c) frasi come "lo leggerò con calma a casa" o "non posso leggerlo ora, ho dimenticato i miei occhiali";
- d) indifferenza o distacco quando un medico o altro personale dello staff di reparto fornisce spiegazioni;
- e) numero di visite di controllo, esami di laboratorio e visite specialistiche saltate frequentemente;

f) frequenza di errori nell'aderenza alla terapia o allo stile di vita prescritto;

g) non essere in grado di rispondere in modo corretto a domande relative a istruzioni mediche ricevute.

L'attenta osservazione di questi parametri può allertarci sull'esistenza di un problema di bassa *health literacy* nel paziente.

Sono stati studiati e sviluppati degli strumenti per la valutazione dell'*health literacy* e di seguito se ne elencano alcuni:

il REALM (Rapid Estimante of Adult Literacy in Medicine) nasce nel 1993 in seguito a uno studio su un campione di persone. È uno strumento di misurazione di alfabetizzazione sanitaria negli adulti e si basa su abilità semplici, di riconoscimento lessicale e letteratura. Non vengono però valutate abilità di *literacy* più avanzate e non si presta ad indagare il livello di alfabetizzazione sanitaria delle fasce di popolazione di diversa origine linguistica;

nel 1995 è stato sviluppato un altro strumento di valutazione denominato TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) che ha lo scopo di valutare le capacità di comprensione e le abilità numeriche del soggetto e utilizza materiali informativi usati in ambito sanitario. L'eccessiva durata lo rende poco adatto ad essere utilizzato in contesti sanitari, quindi è stata creata una short version S-TOFHLA. Questo test si può trovare solo in lingua inglese e spagnola;

sempre nel 2005 è stato proposto un nuovo strumento di misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria: il NVS Newest Vital Sign, che si differenzia dai due strumenti precedenti

per la rapidità di somministrazione (circa 3 minuti) ed è adatto per essere utilizzato come test di screening rapido per l'alfabetizzazione in ambito sanitario.

Questo test è facilmente riproducibile in più lingue e adattabile a contesti di minoranze etniche e linguistiche.

La maggior parte degli esperti di alfabetizzazione sanitaria sottolineano alcuni comportamenti importanti per favorire la comunicazione chiara. La comunicazione è efficace quando viene compresa l'*health literacy* dell'utente. I sanitari si soffermano solamente sul grado di istruzione e l'età e questo non permette di comprendere il grado di alfabetizzazione sanitaria. Bisogna analizzare il paziente attraverso domande circostanziate e comprendere le conoscenze sulla malattia e i possibili rischi. Gli infermieri svolgono un ruolo importante nel fornire un'opportunità in grado di soddisfare la sfida di bassa alfabetizzazione della salute sia a livello individuale che all'interno delle nostre organizzazioni.

In letteratura si trovano varie strategie atte a migliorare la comunicazione tra l'operatore e l'utente:

Ask-Tell-Ask: garantisce che l'utente riceva le informazioni necessarie o richieste;

Askme: promuove tre domande semplici ma essenziali che i pazienti dovrebbero chiedere all'operatore;

Teach – BackMethod: valuta la comprensione dell'utente sulle informazioni fornite.

Spesso gli utenti si sentono in imbarazzo a verbalizzare che non hanno capito o non vogliono interrompere l'operatore, quindi preferiscono stare zitti anche se i pazienti danno indizi del fatto che non hanno compreso.

Ad esempio, non assumono le medicine correttamente, anche se dicono di farlo; saltano gli appuntamenti; annuiscono come se avessero capito cosagli viene spiegato; non fanno commenti o domande dopo aver sentito molti dettagli sul loro disturbo o sul trattamento, ecc.

L'infermiere fa della relazione un elemento importante per rispondere ai bisogni del paziente: in primo luogo riconoscendo che le persone posseggono livelli di *health literacy* differenti ed in secondo luogo facendo qualcosa per aumentare la capacità dei pazienti di ottenere e capire le informazioni, di utilizzare in modo appropriato i servizi e di assumere decisioni consapevoli. Da una parte si devono costruire messaggi ed informazioni comprensibili da persone con abilità diverse e dall'altra si devono mettere a punto specifiche misure per accrescere il livello di *health literacy* dei pazienti in relazione ai diversi contesti di cura. Per raggiungere questo doppio obiettivo gli infermieri devono intervenire per migliorare l'utilizzabilità delle informazioni e dei servizi sanitari e accrescere le conoscenze dei pazienti per migliorare il loro modo di assumere decisioni sulla salute.

La comunicazione efficace di informazioni cliniche è infatti un prerequisito per la fiducia del paziente e di conseguenza per favorire il migliore percorso di cura. Una comunicazione poco efficace può condurre a livelli qualitativi inferiori delle cure e a maggiori costi sanitari.

La letteratura dimostra come una bassa *health literacy* sia da ostacolo per una crescita delle abilità dell'individuo di accedere e comprendere le informazioni sanitarie. La promozione di questa capacità consente di migliorare il

proprio self-management e l'empowerment. L'alfabetizzazione sanitaria è una sfida del nostro tempo, infatti, la letteratura ha dimostrato come la mancata comprensione della prescrizione terapeutica, e/o del linguaggio dei professionisti della salute ponga la persona in uno stato di aumentata soggezione senza che le sia offerta la possibilità di esprimerlo. Essere consapevoli che è compito di chi informa sulla salute di mettere il cittadino in grado di capire, significa collocare l'alfabetizzazione sanitaria nel quadro più ampio della promozione della salute.

L'*health literacy* è, dunque, uno strumento essenziale per la promozione della salute in quanto vuole fornire a tutte le persone gli strumenti utili per poter rispondere alla domanda "Che cosa posso fare per mantenermi in buona salute?".

In letteratura viene specificato che il concetto di *health literacy* deriva dal termine *literacy*, "alfabetizzazione", cioè comprendere, utilizzare e riflettere su testi scritti al fine di raggiungere i propri obiettivi, di sviluppare le proprie conoscenze e le proprie potenzialità e di svolgere un ruolo attivo nella società.

La letteratura dimostra che ci sono altri fattori che influiscono sull'alfabetizzazione sanitaria: la famiglia, la comunità, il sistema politico, il lavoro, i media, il mercato e infine il sistema sanitario. Questi elementi sono i contesti e gli ambienti in cui le abilità e la capacità di una persona si manifestano e che influenzano la persona stessa. L'applicazione nella realtà clinica presenta ancora grosse difficoltà:

- il tempo dedicato dai diversi operatori sanitari all'attività educativa copre una parte minima dell'orario settimanale;
- l'educazione viene svolta in molti casi in maniera non strutturata;
- non sempre in orari e/o spazi dedicati;
- carenza di formazione degli operatori sanitarie quindi di conoscenza e utilizzo di tecniche metodologicamente adeguate.

Il ruolo dell'*health literacy* è sempre più riconosciuto come un tema trasversale per guidare la pratica clinica, gli interventi e le politiche rivolte alla salute pubblica e per un miglioramento di salute globale.

II CAPITOLO

Salute mentale: lo scenario attuale

Curare i disturbi della mente è stata per lungo tempo un'attività vicina alla stregoneria, al mondo divino e alle pratiche religiose (F. G. Alexander & S. T. Selesnick, 1975), prima di passare attraverso le pratiche di isolamento, chiusura e separazione del Medioevo (Foucault) e il controllo delle professioni sociali e giuridiche tra il 1500 e il 1700. Solo successivamente, nel corso del 1700, si crearono le basi per lo sviluppo di una conoscenza medica relativa alle malattie mentali: nacquero così i manicomi, istituzioni specificamente dedicate ai pazienti affetti da queste patologie, che venivano lì internati. Lo sguardo positivista orientò verso l'organicismo anche la disciplina psichiatrica, focalizzando l'attenzione sulla cura della componente biologica della malattia mentale. A partire dal XX secolo, grazie ai forti rinnovamenti culturali ed epistemologici avvenuti nel mondo occidentale, una spinta al cambiamento cominciò a percorrere anche il mondo psichiatrico. Innanzitutto, la

psicoanalisi introdusse categorie fino ad allora inaudite per una psichiatria scientifica, quali ad esempio la nozione di inconscio come forza motrice di sentimenti e pulsioni. Anche il contributo di Binswanger, psichiatra svizzero, portò in primo piano il ruolo del significato esistenziale che contraddistingue ogni evento psichico. Proprio intorno a queste tensioni rinnovatrici, il settore psichiatrico, ancora fortemente costruito sulla base di pratiche di internamento e isolamento dei pazienti, iniziò a essere attraversato da movimenti che proponevano cambiamenti strutturali del sistema. Intorno agli anni Cinquanta del secolo scorso, ad esempio, nel Nord Europa e in Gran Bretagna vennero avviate delle sperimentazioni di modelli di cura in cui i malati non erano totalmente istituzionalizzati nei manicomi. Dal mondo statunitense, invece, giunsero le prime sperimentazioni di farmaci neurolettici per curare le malattie mentali. Entrambi questi aspetti, la riflessione sulle istituzioni per la cura della malattia mentale e l'introduzione degli psicofarmaci, permisero l'instaurarsi di profondi cambiamenti nel settore psichiatrico: i farmaci consentivano di portare i pazienti a migliori condizioni psicofisiche e questo permetteva di pensare l'istituzione manicomiale in maniera differente, prendendo in considerazione non solo la necessità di sedazione e contenimento, ma anche di pratiche quali il colloquio, la psicoterapia, le terapie occupazionali e di risocializzazione.

In Italia, l'opera di Basaglia (1982) portò un forte contributo, sfociato nella Legge n. 180 del 1978, per ripensare la psichiatria e andare oltre l'istituzione

manicomiale. A partire dal rinnovamento sperimentato a Gorizia, Basaglia ha consentito un radicale ripensamento della malattia mentale: in questo senso, si è aperta la possibilità di concepirla come connessa alla storia esistenziale e di formazione del soggetto e ai contesti familiari, educativi, sociali di appartenenza. Discipline quali la pedagogia, la psicologia e la filosofia hanno iniziato a essere pensate potenzialmente in sinergia con la psichiatria: intento di Basaglia era infatti quello di orientarla sempre più in senso comunitario e territoriale, andando oltre le logiche istituzionalizzanti del manicomio. Nel 1948 la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani ha introdotto il termine salute mentale indicandolo come diritto di ogni cittadino e, a partire da questo accenno, sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità sia l'Unione Europea hanno ribadito l'importanza della salute mentale. Nei documenti promulgati essa è vista come un bene comune in quanto alla base del benessere di tutti i cittadini: un diritto umano inalienabile, strettamente correlato a quello di cittadinanza attiva e a sua volta connesso, in maniera quasi automatica, alla promozione dell'inclusione sociale ritenuta essenziale per il perseguimento di tali diritti. La promozione dell'inclusione sociale, per quanto sostenuta a livello normativo, fatica ancora a realizzarsi, restando spesso nell'alveo delle intenzionalità. La crisi economica che dal 2008 ha travolto il mondo occidentale sembra rinforzare questa tendenza, aumentando la vulnerabilità di gruppi sociali già a rischio e generando situazioni di disagio diffuso. La crisi, soprattutto sociale e culturale, mette infatti a dura prova la salute mentale di ognuno: la presenza di nuove

forme di povertà, l'assottigliamento o la deprivazione delle reti relazionali, la precarietà lavorativa pongono chiunque a rischio di scivolamento nel disagio o nella malattia mentale. Nonostante tutto ciò, nel senso comune le situazioni di disagio mentale tendono a essere stigmatizzate come problemi individuali e patologici: ne viene così negato il radicamento sociale, relazionale, culturale ed esistenziale ribadito dall'OMS e dall'UE, oltre che da tutti quei movimenti che, dai primi del Novecento in poi, hanno analizzato, criticato e contribuito innovare la psichiatria. Ciò, di fatto, pone in secondo piano, quando non contraddice apertamente, la visione della salute mentale come essenziale per il benessere di tutti.

La pandemia da Covid-19 sta provocando conseguenze sulla salute mentale di tutti così gravi da spingere l'OMS ad affermare che la tutela della salute mentale è la priorità assoluta in questa fase di evoluzione della pandemia. Lo stato di uno stress perdurante e di una miscela di stati d'ansia non colpisce solo il presente ma dissesta anche il futuro. *"Si addormentò mormorando tra sé: l'integrità mentale non ha alcun rapporto con la statistica...con la sensazione che in questa frase si celasse una profonda saggezza..."* scriveva G. Orwell nel suo romanzo "1984". Il testo descrive in buona parte l'atmosfera che stiamo vivendo durante l'evoluzione della pandemia. Lo stress che stiamo sperimentando non è analogo a quelli riscontrabili a seguito di eventi estremi previsti nei manuali diagnostici ma di uno stress individuale comunitario, "non convenzionale", sospeso, subacuto e persistente che può evolvere in modi subdoli come lo sforzo di adattamento al rischio mortale di

contagio che comporta da una parte uno sforzo psicosociale ed economico per resistere nella condizione di lockdown e dall'altra la gestione dei danni e successivamente della ricostruzione.

La storia della cultura occidentale mostra esplicitamente come l'esclusione dei folli sia stata funzionale a nutrire una certa idea di normalità. Tale destino ha accomunato tutte quelle categorie di persone che noi oggi possiamo identificare in chi vive situazioni di grave emarginazione sociale o che ne è a rischio: persone in situazione di povertà, di disabilità, di disoccupazione, oppure persone semplicemente percepite come diverse per colore della pelle, religione, ecc. Persone che rappresentano quella fragilità e quelle debolezze – la caducità, l'invecchiamento, la limitatezza – o le conseguenze inquietanti di un certo sistema socioeconomico che la cultura occidentale ha affrontato attraverso pratiche di separazione (M. Foucault, 2000). Promuovere l'inclusione sociale non significa cancellare pratiche di esclusione – cosa del resto impossibile –, ma comprendere situazione per situazione come poter ampliare quel "dentro", come modificare i criteri impliciti rispetto ai quali si include o si esclude; come cambiare, quindi, nel tempo, le abitudini che modellano i diversi contesti di vita. Ciò significa dunque lavorare sulle pratiche di esclusione messe in atto a vari livelli e in vari contesti: politici, istituzionali, professionali, amicali, famigliari, quotidiani. In particolare, per i professionisti della cura che lavorano nei servizi di salute mentale – e gli infermieri rivestono un ruolo significativo – ciò implica chiedersi quali modelli di normalità essi agiscano (B. Arrigo & L. Davidson, 2017). Se una delle

loro finalità è promuovere il processo di recovery del paziente, costruendo le condizioni perché possa vivere una vita piena e partecipare alle attività della comunità, diventa essenziale comprendere quanto questo si traduca in una tessitura di opportunità territoriali che consentano alle persone di sviluppare la propria traiettoria esistenziale a partire anche dalla loro esperienza di sofferenza psichica, oppure rimanga una pratica di sostegno ad personam, che lascia sulle spalle dei pazienti o ex-pazienti stessi il compito di modificare le condizioni culturali e materiali in cui si trovano a vivere qualcosa, facendolo tornare come prima.

Il processo di *recovery*, citando una ex paziente, è definito dallo psichiatra F. Spinogatti come *“un percorso di trasformazione lungo il quale il mio vecchio modo di essere gradualmente se n’è andato e ne è emerso uno nuovo”*. Appartenere a una comunità, essendone considerato un membro con un suo valore, è ritenuto come elemento fondante e necessario per la *recovery*, anziché essere un riconoscimento che viene dato dopo che l’individuo con problemi di salute mentale ha effettuato il duro percorso della riabilitazione (Arrigo & Davidson, 2017).

Considerando il legame esistenziale che intercorre tra la vita e la salute della mente, diventa importante sviluppare una sinergia (P. Carozza, 2010) nell’area della salute mentale tra la psichiatria e discipline quali la pedagogia, la filosofia e la psicologia, andando oltre la caratterizzazione esclusivamente patologica che ha contraddistinto questa area per molti secoli.

L'approccio di comunità alla salute mentale sostiene che il territorio possa trasformarsi in una rete di cura, per cui un servizio di salute mentale diviene interlocutore di altri soggetti che partecipano al processo di prendersi cura della persona con problemi psichici.

Ogni anno circa il 25% della popolazione adulta è colpita da disturbi mentali diagnosticabili. Nonostante la disponibilità di efficaci trattamenti terapeutici esiste un sottodimensionamento diagnostico/terapeutico dei disturbi mentali:

- solo il 30%-50% degli adulti con patologie psichiatriche riceve adeguati servizi di diagnosi e trattamento;
- meno del 20% della popolazione giovane con disturbi mentali riceve adeguati servizi di diagnosi e trattamento.

La letteratura ha ormai chiaramente delineato i vantaggi di un intervento precoce all'insorgere di patologie psichiatriche in termini di miglioramento degli outcome clinici di lungo periodo: tale intervento è tuttavia subordinato ad una richiesta di aiuto del paziente. Tale richiesta, tuttavia, richiede una conoscenza del proprio stato di salute; i dati ad oggi rilevati evidenziano che tale conoscenza è limitata e comporta:

- incapacità di identificare i disturbi mentali;
- mancanza di conoscenza dei fattori causali della malattia mentale;
- timore dei soggetti percepiti come affetti da disturbi mentali;
- errate convinzioni sull'efficacia terapeutica;
- riluttanza nel ricercare aiuto per disturbi mentali;
- incapacità di supportare chi soffre di patologie psichiatriche.

La *mental health literacy* è un nuovo approccio in ambito di salute mentale e rappresenta l'insieme delle conoscenze, delle convinzioni e delle capacità necessarie a riconoscere, gestire e prevenire i disturbi della salute mentale.

L'Italia è stata individuata come uno dei paesi con minore alfabetizzazione sanitaria in Europa: un dato che potrebbe essere correlato al fatto che circa il 30% della popolazione italiana ha un limitato accesso al web, secondo una ricerca dell'ISTAT nel 2016. Ma l'intervento sulla *health literacy* non si riduce con la trasmissione dell'informazione. Le abilità dei pazienti, in sintesi, sono collegate all'autoefficacia e alla *health literacy*, entrambe attività che richiedono un cambiamento comportamentale.

Nelle attuali società moderne i cittadini sono chiamati a svolgere un ruolo sempre più attivo nei processi decisionali che riguardano le varie attività della vita lavorativa, sociale e politica. Questa tendenza si conferma pure in ambito sanitario, dove al cittadino-paziente vengono spesso richieste particolari competenze nella gestione della malattia e nel mantenimento di un buono stato di salute. Tuttavia, non sempre le persone dispongono di tali competenze (e molti pazienti psichiatrici rientrano tra questi), in particolare i gruppi sociali più svantaggiati e con un livello di formazione inferiore.

Possedere una buona *health literacy* significa possedere le competenze per assumersi la responsabilità riguardo alla propria salute e le competenze per provvedere alle cure di base, avere conoscenza del sistema sanitario,

capire i consigli e le istruzioni dei professionisti sanitari e partecipare attivamente con essi al processo inerente il processo di cura. La mancanza o un livello inadeguato di queste competenze comportano infatti ripercussioni sia sullo stato di salute personale che sui costi del sistema sanitario nazionale. Tale situazione è particolarmente evidente in psichiatria dove alcune patologie invalidano in maniera significativa la compliance del paziente, la sua vita quotidiana e la sua rete di riferimento.

Il nuovo paradigma adottato nelle discipline infermieristiche pone l'accento su concetti fondamentali quali la persona, l'ambiente, la salute, la cura. Secondo questa visione, il cittadino-paziente deve essere considerato una persona nella sua globalità inserita in un particolare contesto socioeconomico, culturale e relazionale, con le proprie credenze, conoscenze e valori.

"Tranquillizzare l'immaginazione del malato, che almeno non abbia a soffrire, come è accaduto sino ad oggi, più dei suoi pensieri sulla malattia che della malattia stessa, penso sia già qualche cosa. E non è poco!" (F. Nietzsche, Pensieri sulla malattia da "Aurora e Frammenti Postumi", 1879-1881).

Numerose evidenze dimostrano che le persone affette da una patologia psichiatrica non soffrono soltanto per il disturbo in sé, ma anche – e forse soprattutto – per le conseguenze sociali e relazionali che esso produce e che si manifestano sottoforma di marginalizzazione, esclusione, rifiuto, pregiudizio, discriminazione. Il termine che forse meglio di tutti è in grado di condensare in un'unica accezione tale condizione è quello di stigma. Tale concetto, inizialmente sviluppatosi in ambito

sociologico per indicare una condizione di discredito permanente che affligge la percezione sociale di una persona impedendone l'accoglimento in un ordinario rapporto sociale (Goffman, 1963), è stato successivamente adottato dalla psichiatria sociale per definire l'insieme di connotazioni negative che vengono pregiudizialmente attribuite alle persone con problemi psichici a causa del loro disturbo e che determinano discriminazione ed esclusione.

Vale la pena ricordare che i processi di stigmatizzazione hanno conseguenze dirette e dirompenti sullo stato di salute, sia psichica che fisica, delle persone con disturbi mentali, perché tendono ad allontanarli dai circuiti attraverso i quali possono ricevere cure ed assistenza specialistica ed esercitare i loro diritti di cittadini, riacquistando ruoli ed abilità persi dopo la comparsa dei disturbi. A tale riguardo, mi sembrano molto calzanti anche per le persone affette da disturbi psichici le parole a suo tempo utilizzate da S. Sontag per i malati di cancro ed AIDS, patologie entrambe portatrici di connotazioni negative e a loro modo stigmatizzanti *"... più di una volta le bardature metaforiche che deformano l'essere ammalati...hanno conseguenze reali: impediscono ai malati di cercare la terapia con sufficiente tempestività o di fare uno sforzo maggiore per sottoporsi ad una terapia adeguata. Le metafore e i miti... uccidono"*. La consapevolezza dell'importanza delle problematiche connesse a questo tema è andata progressivamente crescendo in varie parti del mondo, grazie anche alla spinta delle associazioni di familiari ed utenti e dei nascenti movimenti di empowerment, tanto che negli

ultimi dieci anni sono state avviate – su base locale, nazionale e sovranazionale – numerose campagne di sensibilizzazione dell’opinione pubblica verso le tematiche connesse alla salute mentale e di lotta allo stigma. Nonostante l’ingente impegno di risorse e di energie, la ricerca e l’esperienza indicano come in molte parti del mondo, compreso quello occidentale, l’immagine sociale dei pazienti affetti da disturbi mentali e la loro integrazione nelle comunità di appartenenza non siano molto migliori di quanto non fossero vent’anni fa. E questo nonostante i molti progressi che indubbiamente sono stati compiuti nel campo dell’assistenza e della ricerca: quote rilevanti della popolazione a rischio di sviluppare un disturbo psichico presentano notevoli difficoltà di accesso ai servizi specialistici; molte persone con disturbi conclamati non ricevono l’assistenza di cui necessitano; nuove (e forse più subdole) forme di discriminazione ed emarginazione sembrano insinuarsi nella società, colpendo le fasce più fragili della popolazione come i pazienti psichiatrici; i diritti civili di queste persone vengono spesso ignorati ed i servizi psichiatrici territoriali non sempre includono, tra le loro attività, le iniziative evidence-based atte a rimuovere le barriere che ostacolano la ripresa. Tra le molteplici ragioni che rendono difficile richiedere un’adeguata assistenza psichiatrica, un ruolo di primo piano è senz’altro giocato da quel processo definito come stigma anticipatorio, che comprende un insieme di stati d’animo ed atteggiamenti nel paziente caratterizzati da difficoltà ad ammettere a sé stessi di avere un problema psicologico, vergogna legata a tale consapevolezza,

paura di essere tenuti a distanza dagli altri, scarsa fiducia nell'efficacia delle terapie psichiatriche. La discriminazione strutturale si riferisce alle conseguenze negative che gruppi svantaggiati debbono subire a causa di squilibri inerenti determinate strutture sociali, decisioni politiche e norme di legge (esempi di tale forma discriminatoria possono essere considerati l'insufficiente copertura previdenziale per le spese sanitarie prevista dalle compagnie assicurative americane per le persone con disturbi mentali, o la scarsa disponibilità ed accessibilità di servizi di salute mentale in molti Paesi del mondo). La discriminazione individuale è legata al timore da parte delle persone che sperimentano un disturbo mentale, di essere trattate in maniera differente e con valenze negative proprio da parte di coloro a cui si rivolgeranno per chiedere aiuto (quindi si configura come paura di essere un potenziale oggetto di discriminazione). L'autostigmatizzazione rappresenta l'esito di un processo cognitivo che l'individuo stesso compie e che fa sì che un determinata persona interiorizzi pregiudizi e atteggiamenti negativi della comunità in cui vive e finisca per considerare sé stesso, allorquando si trova nella condizione di chiedere aiuto per un problema psichiatrico, quale membro del gruppo discriminato, con conseguente abbassamento del livello di autostima e del valore di sé. Così come estremamente importante quale fattore limitante nella decisione di consultare un servizio specialistico risulta essere la cosiddetta *mental health literacy* (AF Jorm, 2000), che potrebbe essere tradotta come "alfabetizzazione sui problemi di salute mentale". Essa consiste nella capacità di riuscire a riconoscere

determinati stati emotivi come patologici, attribuire gli stessi ad una categoria psichiatrica ed identificare come potenziale fonte di aiuto i servizi specialistici (ad es. tanto più una persona riconoscerà determinati sintomi come riconducibili alla depressione, tanto più sarà pronta a considerare l'idea di chiedere aiuto e magari dichiararsi disponibile ad iniziare una terapia antidepressiva).

CAPITOLO III

PRESENTAZIONE DELLA RICERCA

3.1 Note metodologiche

Questo progetto di ricerca nasce dall'interesse di approfondire il tema dell'*health literacy* con lo scopo di offrire un'opportunità di riflessione e discussione. Gli obiettivi della ricerca sono: verificare il livello di *health literacy* aziendale; analizzare in che modo l'ASST ha promosso iniziative relativamente all'*health literacy*; verificare il modo in cui gli operatori hanno promosso il processo di *health literacy*. Il questionario, così come la lettera di presentazione, sono stati approvati dal mio relatore Prof. E. De Luca, in termini di appropriatezza dei contenuti e chiarezza espositiva. Inoltre, sono stato autorizzato dal SITRA aziendale alla somministrazione del questionario. Quest'ultimo, nella sua forma definitiva, è stato rivolto agli infermieri che lavorano nei presidi psichiatrici del DSMD (Centri Psico Sociali, Centri Diurni, Comunità Riabilitative). La somministrazione è avvenuta on line: come indicato dal SITRA aziendale ho inviato la lettera di presentazione e un apposito link, collegato alla

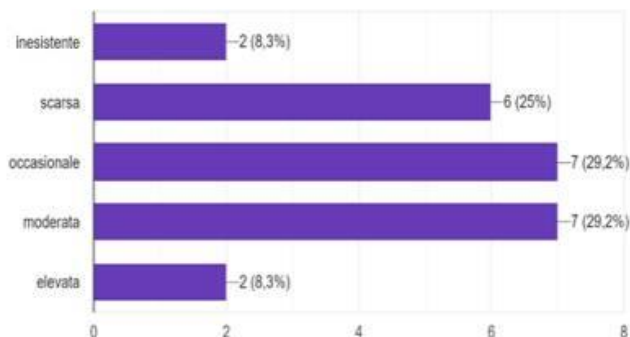
piattaforma digitale di Google, ai/alle Coordinatori/rici Infermieristici/che, i/le quali a loro volta lo hanno inviato ai propri collaboratori infermieri. Gli/le stessi Coordinatori/rici sono stati invitati alla compilazione. Tale modalità di indagine ha permesso a tutti i partecipanti di rispondere alle domande del questionario in totale sicurezza e senza alcuna limitazione. Lo stesso è stato somministrato tra l'inizio di aprile e gli inizi di maggio 2021 e il totale delle risposte è stato di 24. Lo strumento di rilevazione dei dati utilizzato è stato completamente auto-applicato online e prevedeva la compilazione di domande chiuse per un totale di nove. Il questionario e la lettera di presentazione sono presenti negli allegati.

3.2 Analisi e discussione dei risultati dell'indagine condotta all'interno dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano

Il 37,5 % (di cui l'8,3% segnala elevata propensione, e il 29,2% moderata propensione) ritiene che l'ASST sia propensa ad implementare politiche, strategie o programmi finalizzati al miglioramento del livello di *health literacy*. Il 29,2% dichiara una propensione occasionale, il 25% una scarsa propensione e l'8,3% una propensione inesistente. Questi dati rilevano che più della metà del campione intervistato ritiene esigua la propensione dell'ASST ad implementare politiche, strategie o programmi finalizzati al miglioramento del livello di *health literacy* (62,5% sommando le voci "inesistente", "scarsa", "occasionale").

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

24 risposte



A onor del vero segnalo che l'ASST nei suoi uffici competenti, Marketing e Ufficio Stampa, ha avviato processi per favorire i flussi informativi atti all'acquisizione e diffusione di dati, metodi, strategie, *best practice*, ecc. La condivisione con le Direzioni, le U.O e i Servizi necessita ancora di un monitoraggio continuo dei processi di pertinenza. La complessa logistica dell'ASST fa assumere alla comunicazione un ruolo cruciale per la gestione dell'intero sistema, l'integrazione dei processi e il raggiungimento degli obiettivi.

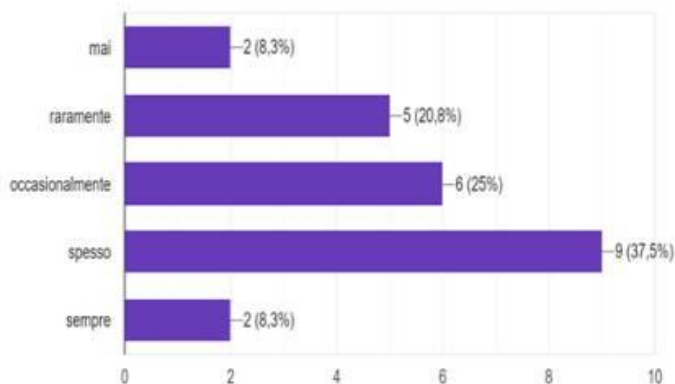
Secondo il 29,1% degli intervistati ("mai" e "raramente") l'ASST non incoraggia il personale a realizzare un ambiente accogliente per i cittadini/pazienti. Nonostante il 45,8% ("sempre" e "spesso"), ritiene che il 29,1% sia una percentuale molto alta per questo tipo di indicatore, che nell'ambito della salute mentale è fondamentale. Un

ambiente accogliente è essenziale per permettere a persone spaventate e che stanno attraversando un forte momento di fragilità di affidarsi agli operatori e seguire il percorso di cura proposto.

Il SITRA in primis e la Direzione Socio-Sanitaria dell'ASST hanno avviato un processo, ormai non più procrastinabile, per garantire il più alto livello di prestazioni allo stato più avanzato delle conoscenze, fornendo un'assistenza personalizzata che possa garantire continuità prima, durante e dopo la fase della dimissione. Ricordo che ormai da 5 anni esiste un protocollo, alla cui stesura ho partecipato, che monitora questo aspetto in collaborazione con quattro Associazioni del privato sociale che si occupano di salute mentale.

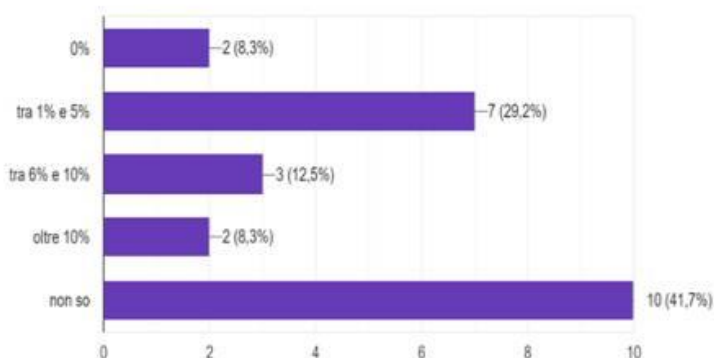
In che misura la Sua ASST incoraggia il personale a realizzare un ambiente accogliente per gli utenti/pazienti?

24 risposte



Secondo le informazioni di cui dispone, quale percentuale del budget annuale della Sua ASST è destinata al miglioramento della comunicazione e dell'informazione per i cittadini/pazienti?

24 risposte

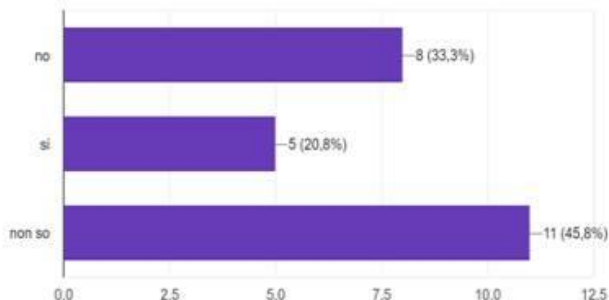


Alla domanda "Secondo le informazioni di cui dispone, quale percentuale del budget annuale dell'ASST è destinata al miglioramento della comunicazione e dell'informazione per i cittadini/pazienti?" L'8,3% degli intervistati ha risposto "0%"; il 29,2% ha risposto "tra l'1% e 5%"; il 12,5% ha risposto "tra il 6% e il 10%"; l'8,3% ha risposto "oltre il 10%"; il 41,7% ha risposto "non so".

La riforma regionale del 2015 ha riorganizzato tutto il sistema socio-sanitario-assistenziale e sono state previste risorse *ad hoc* per una comunicazione coerente e appropriata e tutte le ASST sono impegnate nel processo di miglioramento dei flussi informativi verso gli stakeholders attraverso la messa a punto di maggiori e migliori strumenti (leaflet, pagina aziendale aggiornata, pagine web, questionari di customer satisfaction, ecc.).

La valutazione della performance del personale della Sua ASST è connessa con l'implementazione di politiche per l'*health literacy*?

24 risposte

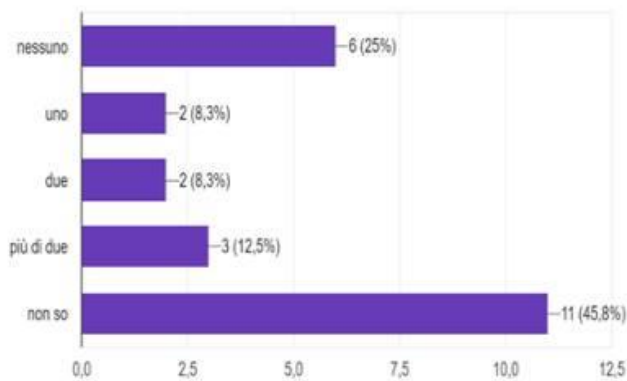


Alla domanda "La valutazione della performance del personale dell'ASST è connessa con l'implementazione di politiche per l'*health literacy*?" gli operatori hanno risposto: "no" per il 33,3%; "si" per il 20,8%, "non so" per il 45,8%.

Il processo di *health literacy* riveste ancora, purtroppo, una minima rilevanza. Tuttavia, il SITRA aziendale è interessato alla promozione del processo e l'intento dichiarato è quello di rimodulare la valutazione delle performances tenendo in considerazione l'*health literacy*. La scelta appare, secondo me, in qualche modo obbligata perché nel prossimo decennio i professionisti della salute - e in primis gli infermieri - dovranno impegnarsi nel processo di alfabetizzazione sanitaria, *core competence* del loro codice deontologico.

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

24 risposte

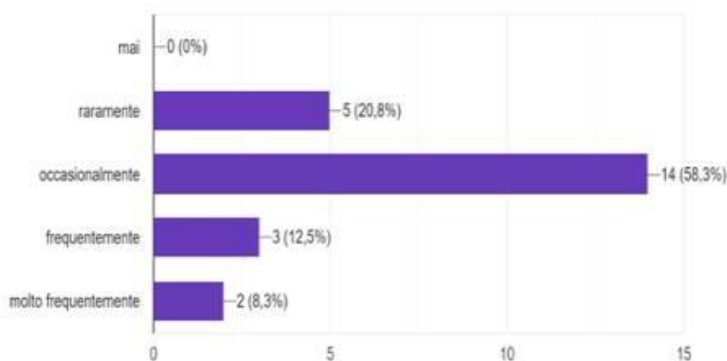


Alla domanda "Considerando gli ultimi due anni, quanti interventi formativi rivolti all'educazione del personale in materia di *health literacy* sono stati realizzati dall'ASST?" gli operatori hanno risposto: per il 25% "nessuno"; per l'8,3% "uno"; per l'8,3% "due"; per il 12,5% "più di due"; per il 45,8% "non so".

In realtà l'ASST ha realizzato interventi formativi che avevano come componente anche l'*health literacy* ma questo, come si evince dalle risposte, non è stato compreso appieno. Alcune professioni sanitarie riabilitative (fisioterapista, educatore professionale, terapeuta) hanno effettuato qualche passaggio formativo maggiore ma il tema rimane da affrontare nella sua interezza e con una precisa programmazione formativa.

Nell'ipotesi di mancata attuazione di interventi formativi in materia di health literacy, ritiene che il personale ponga in essere procedure informali per ...ni/pazienti con scarsa alfabetizzazione sanitaria?

24 risposte



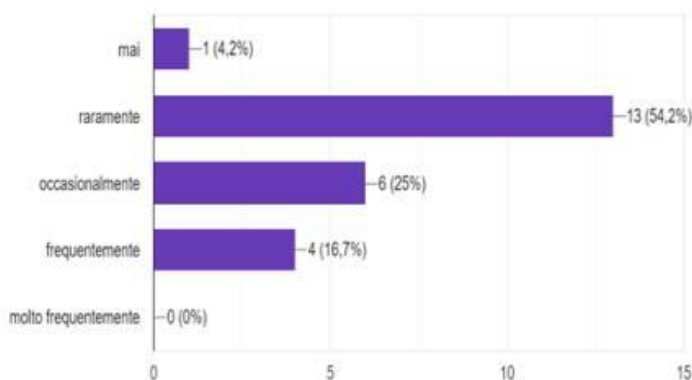
Alla domanda "Nell'ipotesi di mancata attuazione di interventi formativi in materia di *health literacy*, ritiene che il personale realizzi procedure informali per soddisfare il bisogno di cura e informazione sanitaria espresso da cittadini/pazienti con scarsa alfabetizzazione sanitaria?" gli operatori hanno risposto: per lo 0% "mai"; per il 20,8% "raramente"; per il 58,3% "occasionalmente"; per il 12,5% "frequentemente"; per l'8,3% "molto frequentemente".

L'*health literacy* se pur non formalizzata esiste de facto nei servizi del DSMD ma viene implementata su base volontaria e senza un preciso e coerente percorso. I professionisti impegnati nel processo di alfabetizzazione sanitaria procedono sì in ordine sparso ma in alcuni casi

essi svolgono con appropriatezza il percorso verso un reale empowerment del cittadino-paziente. Appare necessario segnalare che in ambito psichiatrico tale aspetto è cruciale per avere un'adeguata *compliance*.

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

24 risposte

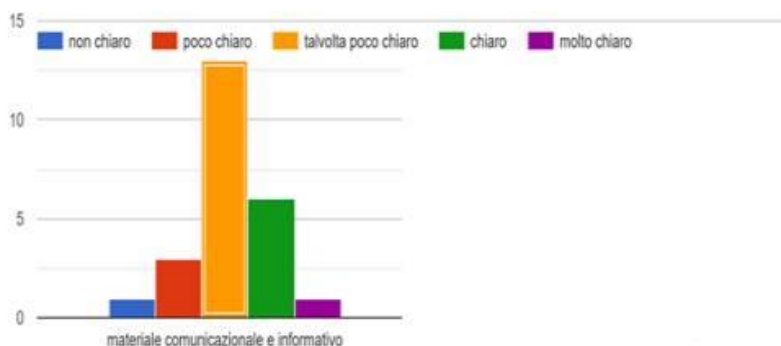


Alla domanda "Con quale frequenza l'ASST attiva delle relazioni con la comunità, gli enti locali e le istituzioni scolastiche per promuovere l'*health literacy*?" gli operatori hanno risposto: per il 4,2% "mai"; per il 54,2% "raramente"; per il 25% "occasionalmente"; per il 16,7% "frequentemente"; nessun intervistato ha risposto "molto frequentemente".

I flussi informativi inadeguati fanno sì che tutte le azioni che l'ASST, e nello specifico il DSMD, ha introdotto negli ultimi anni non siano state condivise e/o percepite dai professionisti. In realtà negli ultimi quattro anni sono

stati attivati percorsi per promuovere l'*health literacy* soprattutto nelle Scuole Medie Superiori e in collaborazione con le Associazioni di familiari e utenti e in alcuni di questi sono stato anche coinvolto.

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

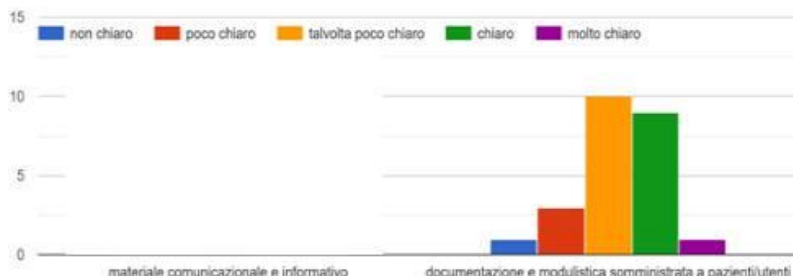


Alla domanda "Come giudica il livello di chiarezza e comprensione degli strumenti comunicativi adottati dall'ASST indicati in tabella?", in merito al materiale di comunicazione informativo gli operatori hanno risposto: per il 4,2% "non chiaro"; per il 12,5% "poco chiaro"; per il 54,1% "talvolta poco chiaro"; per il 25% "chiaro"; per il 4,2% "molto chiaro".

Negli ultimi quattro anni l'ASST ha provveduto a riaggiornare la pagina web e il notiziario on line ma è evidente che l'attuale Ufficio Stampa composto da un solo professionista non può governare in maniera adeguata tutto il sistema della comunicazione di quattro ex Aziende Ospedaliere. Il DSMD, dal canto suo, su

impulso della linea strategica e dell'Ufficio Stampa ha provveduto a realizzare depliant e leaflet *ad hoc* per ogni servizio ma questa operazione richiede un costante monitoraggio che nell'attualità non appare praticabile (il materiale informativo è stato redatto dai Coordinatori Infermieristici).

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



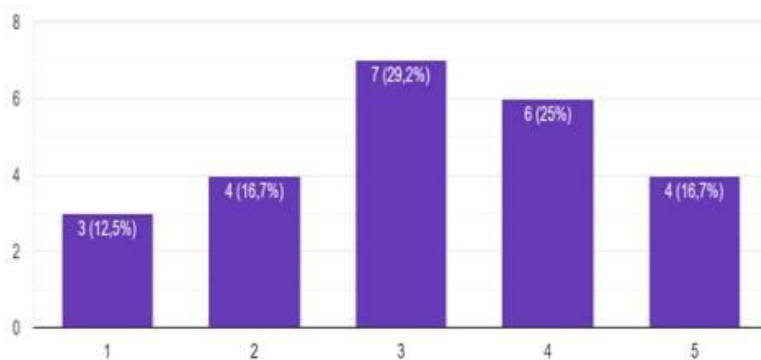
In merito alla documentazione e modulistica somministrata a pazienti/utenti, gli operatori hanno risposto: per il 4,2% "non chiaro"; per il 12,5% "poco chiaro"; per il 41,6% "talvolta poco chiaro"; per il 37,5% "chiaro"; per il 4,2% "molto chiaro".

Dalle risposte ottenute si evince che l' ASST debba ancora sviluppare strategie e metodi più chiari. La comunicazione di un'istituzione è anche legata alla dimensione temporale, visto che la reputazione può essere intesa come il giudizio cumulativo nel tempo sull'organizzazione stessa. La teoria del management dell'immagine e della reputazione aziendale è sviluppata

spesso facendo riferimento alle teorie di *image management* e *self-presentation* relative al livello individuale, le cui formulazioni fondamentali si trovano tuttora nell'opera di E. Goffman. Questo riferimento, in effetti, consente di focalizzare l'attenzione sulle modalità di agire strategico, sulla selettività delle rappresentazioni e sul controllo dell'immagine proposta di sé. Nel caso delle aziende sociosanitarie pubbliche gli elementi rilevanti sono quelli del rapporto con i mass media, la produzione e distribuzione di leaflets, brochure e newsletter, la partecipazione a fiere e manifestazioni, l'informazione tramite il sito web aziendale, le attività di sponsorizzazione e *cause-related-marketing*, le relazioni intrattenute (faccia a faccia, il processo di accesso ed erogazione dei servizi).

Alla luce della Sua esperienza lavorativa, come giudica l'utilità che i cittadini/pazienti traggono dagli strumenti utilizzati dalla Sua ASST a fini informativi e di promozione della salute?

24 risposte

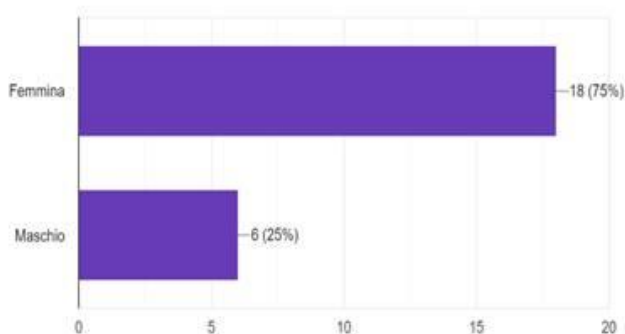


Alla domanda "Alla luce della Sua esperienza lavorativa, come giudica l'utilità che i cittadini/pazienti traggono dagli strumenti utilizzati dalla Sua ASST a fini informativi e di promozione della salute?" gli operatori hanno risposto: per il 12,5% "1"; per il 16,7% "2"; per il 29,2% "3"; per il 25% "4"; per il 16,7% "5".

A questa domanda è difficile dare una risposta completa ed esaustiva. Sono presenti ancora alcune criticità ma va anche segnalato che molti professionisti faticano a immaginare e pensare che la comunicazione non possa più essere rappresentata solo dal passaparola. Essa è uno strumento imprescindibile per presentare il servizio, le prestazioni, ecc. ma anche di autorappresentarsi in un sistema sociosanitario che deve affrontare nuove sfide sempre più complesse e articolate: un esempio per tutti è la pandemia di Covid 19.

Genere

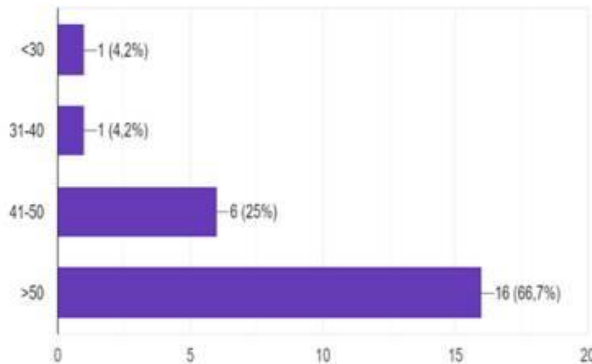
24 risposte



Hanno partecipato alla ricerca 18 donne e 6 uomini.

Età

24 risposte



Su 24 intervistati: il 4,2% ha meno di 30 anni; il 4,2% tra i 31-40 anni; il 25% tra i 40 e i 50 anni; per il 66,7% maggiori di 50 anni.

Lo studio sul campo ha offerto agli operatori coinvolti di riflettere su un argomento importante e al giorno d'oggi essenziale nell'ambito della salute mentale. Seppur coinvolgendo un numero ridotto di partecipanti è possibile affermare che il concetto di *health literacy* si sta diffondendo e diventando sempre più alla base della pratica clinica quotidiana. Inoltre, credo che quanto emerso dalla valutazione dei questionari consenta di fornire elementi concreti e spendibili nella quotidianità, e

di tradurre un concetto, ancora oggi considerato troppo teorico in pratiche concrete.

Un ringraziamento importante lo rivolgo a tutti gli infermieri che mi hanno dato la disponibilità e il tempo ad essere coinvolti in questo progetto, offrendomi l'opportunità di arricchirmi professionalmente attraverso la loro esperienza e competenza. La finalità della ricerca è principalmente esplorativa e la realizzazione di questo obiettivo favorisce la conoscenza e l'approfondimento di quali interventi, azioni e strumenti utilizzati nella pratica clinica degli operatori possono favorire il processo di *health literacy*.

Il risultato atteso consiste nell'ottenere una visione declinata nel contesto della pratica professionale degli interventi, azioni e strumenti messi in atto dagli infermieri, oltre che dell'ASST.

IV CAPITOLO

Riflessioni personali

La ricerca è un'attività di cui è difficile comprendere a fondo i meccanismi e prevedere con certezza i risultati, nonché valutare il loro impatto. Ciò nondimeno, queste difficoltà non impediscono di sottoporre l'attività di ricerca e sviluppo a valutazione sia sotto il profilo strettamente scientifico che socioeconomico. Questo è tanto più necessario in tutti i corsi di laurea, soprattutto quelli sociosanitari in cui si sta affermando sempre più una cultura di *public accountability* del professionista sanitario rispetto agli stakeholders.

La ricerca, e la sua valutazione, è un tema di grande complessità ed è oggetto di un ampio e continuo dibattito a livello internazionale. Confesso che quando il Professor De Luca, tutor di questo Project Work, mi aveva suggerito di predisporre una ricerca (per quanto probabilmente non quantitativamente rilevante ai fini dell'avvio di una seria e approfondita analisi da parte della linea strategica dell'ASST) mi ero rappresentato una

dimensione poco *appealing* per i professionisti da intervistare. In realtà la risposta è stata superiore alle mie aspettative e mi ha fornito ulteriori elementi di riflessione. L'*health literacy* in ambito psichiatrico continua ad essere considerato a livello di programmazione metodologica e formativa un argomento secondario anche se nella pratica quotidiana tutti i professionisti del comparto la esperiscono con modalità proprie e in totale autonomia ma senza un preciso e coerente quadro di riferimento, come si evince anche dalle risposte ottenute dalla somministrazione dei questionari.

Sono convinto che una buona valutazione sia un'attività costosa ed impegnativa ma se ben eseguita può contribuire a cambiare la cultura e i comportamenti all'interno dei servizi sociosanitari sia ospedalieri che ambulatoriali, producendo benefici ampiamente superiori al suo costo e con un miglioramento, in termini di efficacia ed efficienza, delle prestazioni erogate. L'importante è non pretendere risultati immediati ed avere anche la pazienza di formare le competenze professionali necessarie: sono convinto che i futuri Coordinatori Infermieristici saranno le leve sulle quali investire per far sì che la ricerca e la valutazione siano davvero strumenti capaci di creare una nuova cultura dell'assistenza. Negli ultimi anni la discussione si sta focalizzando non solo sulle prestazioni *tout court* erogate dai singoli professionisti ma anche sui dispositivi da introdurre per un effettivo cambiamento.

Secondo l'epistemologo T. S. Khun, la scienza (e la disciplina infermieristica e le funzioni di coordinamento

ne sono parte integrante) non avanza lungo un percorso lineare e per successive approssimazioni, ma è caratterizzata da veri e propri salti e da profonde discontinuità.

La ricerca presente in questo elaborato, stante le definizioni contenute nel Manuale di Frascati dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) può essere definita una ricerca di base e cioè un lavoro sperimentale intrapreso principalmente per acquisire nuove conoscenze sui fondamenti dei fenomeni e dei fatti osservabili, non finalizzato a una specifica applicazione o utilizzazione immediata.

La ricerca di base, chiamata anche ricerca pura o fondamentale, ha come obiettivo primario l'avanzamento della conoscenza e la comprensione teorica delle relazioni tra le diverse variabili in gioco in un determinato processo. È esplorativa e spesso guidata dalla curiosità, dall'interesse e dall'intuito del ricercatore. Viene condotta senza uno scopo immediato in mente, anche se i suoi risultati possono avere ricadute applicative inaspettate.

Sicuramente condividerò i risultati con gli altri colleghi Coordinatori e con il SITRA nei nostri incontri periodici, con la speranza di poter avviare un processo virtuoso a livello formativo.

CONCLUSIONI

Questo lavoro di tesi è ormai giunto alla conclusione e io so che continuerò ad occuparmi di *health literacy*, perché è un argomento che mi interessa approfondire ulteriormente. Il percorso accademico è stato interessante anche se riconosco che aver frequentato il Master di II livello EMMAS presso l'Università Bocconi di Milano mi ha reso più agevole la partecipazione agli apprendimenti.

La mia storia professionale, fino ad ora, è stata multidisciplinare e multiprofessionale così come anche quella formativa: ho iniziato la mia carriera in qualità di animatore sociale e poi di educatore professionale con contratti a progetto e di consulenza sia nel settore privato che in quello pubblico, nel sistema sanitario e in

quello socio-sanitario-assistenziale, poi con un contratto a tempo indeterminato in qualità di educatore professionale, poi di referente delle attività riabilitative del DSMD e infine di referente del comparto (ruolo che ricopro attualmente sin dal 15 settembre 2020 e nel pieno della pandemia di Covid 19 è stato un battesimo di fuoco!). Ho ripreso gli studi a quarant'anni e da allora non ho più smesso: ho conseguito due lauree triennali, una laurea magistrale e un Master di II livello. Ho iniziato a scrivere articoli, pubblicati su diverse riviste, relativamente a tematiche quali i diritti umani, la *diversity* e l'*inclusion*, il diritto alla salute, l'empowerment, la recovery, ecc. e libri(saggi e testi per professionisti del sistema sociosanitari). Se mi riguardo indietro mi accorgo che la costante della mia storia è stata la curiosità intellettuale e professionale: ho ricoperto di volta in volta gli incarichi che mi venivano assegnati al meglio delle mie possibilità facendo tesoro dei nuovi apprendimenti così come degli errori di cui mi sono sempre assunto la responsabilità.

Ad un certo punto ho capito che il mio "destino" era lavorare in ambito psichiatrico con quella parte di umanità che è senza parola e in quella parte del sistema sanitario che viene ancora considerata negletta.

La moderna psichiatria punta a normalizzare il cittadino/paziente psichiatrico. Per anni si sono costruiti spazi in territori isolati e al di fuori delle comunità dei sani dove far vivere e interagire i pazienti fra loro, una sorta di sub-umanità autoriferita e con le proprie regole sociali. La scommessa, dopo la legge 180, continua ad essere quella di reintrodurre progressivamente il cittadino-

paziente nel proprio contesto territoriale, farlo vivere in autonomia e provare a reinserirlo nel mondo del lavoro reale e retribuito. Il paziente psichiatrico è una somma di addendi diversi: da una parte lavora il presente, la narrazione biografica e il contesto e dall'altra scava il sempre, ovvero ciò che la persona è in quanto tale con la sua natura drammatica e i suoi limiti oggettivi. I pazienti psichiatrici, specie quelli gravi (gli psicotici e gli schizofrenici) sono talvolta di una concretezza disarmante come se scontassero integralmente ciò che siamo tutti noi, la nostra natura e ciò che è nato con noi. Le persone hanno dismesso le lingue fondamentali che servivano all'esercizio mai del tutto realizzato della conoscenza di sé delegando solo alla psichiatria il governo della psiche e marginalizzando gli altri saperi quali la filosofia, la pedagogia, la religione, ecc. Oggi si assiste sempre più alla patologizzazione delle nostre vite e la preoccupazione, il timore e la paura si sono trasformate (non solo semanticamente) in fobia, panico, ansia, paranoia, ecc.

L'*health literacy* può rappresentare, secondo me un buon punto di partenza per ridefinire linguaggi, contesti, territori e pratiche.

Gli infermieri possono avere un ruolo di primo piano nella ridefinizione di pratiche socioassistenziali (che in verità già ricoprono. Una decina di anni fa, per esempio, nella sola regione Lombardia a fronte di 3000 infermieri erano presenti solo 700 educatori/riabilitatori nelle sole strutture psichiatriche pubbliche). Molti di loro già rivestono un ruolo da protagonisti negli approcci diretti all'empowerment del paziente psichiatrico ma molti altri

sono stanchi, demotivati e sovraccaricati da molteplici responsabilità.

Nei prossimi anni il Coordinatore Infermieristico si troverà ad affrontare le nuove sfide di una società sempre più globalizzata e multietnica con prassi e metodi in veloce trasformazione. Il suo ruolo sarà sempre più quello di coordinare sì le risorse umane e tutto il sistema legato alle terapie farmacologiche ma dovrà soprattutto essere in grado di saper rispondere in maniera efficace ed efficiente agli obiettivi del micro e macrosistema. Io credo, tuttavia, che la centralità del suo lavoro, come quello degli infermieri, sarà quello di contribuire a costruire una diversa cultura sanitaria che sposti l'attenzione dall'ospedale al territorio dove i cittadini-pazienti vivono.

La pandemia di Covid 19 ha palesato una situazione, in primis in Lombardia, disastrosa dal punto di vista della rete territoriale dell'assistenza. Il nostro Sistema Sanitario, troppo spesso bistrattato, ci ha traghettato fuori dalla morte ma con costi altissimi in termini di vite umane (medici, infermieri, OSS, ecc.) perdute e di risorse economiche investite in maniera inappropriata.

L'auspicio è che quando usciremo da questa pandemia, perché ne usciremo, avremo imparato dagli errori di sistema, micro e macro, e sposteremo maggiori risorse umane ed economico-finanziarie dall'ospedale al territorio dove il cittadino-paziente vive, talvolta lavora e dove insistono le sue reti relazionali. Le organizzazioni sociosanitarie non dovrebbero essere mistiche gerarchie di autorità, ma comunità di impegno in cui ognuno è rispettato e a sua volta restituisce questo rispetto.

Al termine di questa tesi un sincero ringraziamento va a Stefania Barisciani, Coordinatrice Infermieristica de CPS di zona 6 che è stata la mia assistente di tirocinio. Durante lo svolgimento della formazione sul campo è stata foriera di suggerimenti, feedback e consigli pratici. La sua lunga esperienza professionale ne fanno una competente professionista e la sua empatia e il suo entusiasmo contribuiscono a renderla accogliente e propositiva.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman Z., *Vite di scarto*, Laterza, Bari, 2005
- Babini V., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Milano, 2009
- Basaglia F., *Potere e istituzionalizzazione*. In Scritti I, 1953-1968, Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia, Einaudi, Torino, 1965
- Carducci A., Lemma P., *La formazione del cittadino: health literacy*, in Rapporto Prevenzione 2010, La formazione alla prevenzione, Il Mulino, Bologna, 2010
- Cornett S., *Assessing and Addressing Health Literacy*, OJIN, The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 14, No. 3, Manuscript 2, 2009
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 2011
- Giorgietti Fumel M., Chicchi F., *Il tempo della precarietà*, Mimesis, Milano, 2012
- ISS COVID-19 n. 23/2020 - *Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale*
- Kickbusch I, Maag D., *Health Literacy*, International Encyclopedia of Public Health, First Edition vol. 3, 2008
- Kickbusch I. e Maag D., *Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute*, in "Salute e società", 1, 185-200, 2007
- Nutbeam D., *The evolving concept of health literacy*, Social Science & Medicine, 2008
- Parker R., *Measuring health literacy: what? So what? Now what?* In Hernandez L, ed. *Measures of health*

literacy: workshop summary, Roundtable on Health Literacy. Washington, DC, National Academies Press, 2009

Rubinelli S., Camerini L., Peter J. Schulz, *Comunicazione e salute*, Apogeo, Milano, 2010

Solimine G., *Senza sapere: il costo dell'ignoranza in Italia*. Roma; Bari, Laterza, 2014

World Health Organization, *Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*, Health Promot Int. 2017 Feb 1;32(1):7

Zannini L., *Salute, malattia e cura*, Franco Angeli, Milano, 2003

SITOGRAFIA

www.who.org

[http:// www.health-literacy.eu](http://www.health-literacy.eu)

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.htm>

www.hsph.harvard.edu/healthliteracy

ALLEGATI

Gentile collega,
nell'ambito della stesura del Project Work
sull'health literacy (alfabetizzazione sanitaria
intesa come educazione e prevenzione sanitaria),
un'indagine sull'implementazione di politiche
aziendali volte al miglioramento del livello di
health literacy del personale del comparto del
DSMD, Le sarei grato se potesse dedicare dieci
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 del Project
Work.

La ringrazio anticipatamente per il Suo contributo
e per l'attenzione che vorrà cortesemente
riservare al Project Work.

Cordialmente,

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inesistente	scarsa	occasionale	Moderata	elevata

2. In che misura la Sua ASST 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.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mai	raramente	occasionalmente	Spesso	sempre

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

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no	si	non so

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nessuno	uno	due	più di due	non so

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mai	raramente	occasionalmente	frequentemente	molto frequentemente

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mai	raramente	occasionalmente	frequentemente	molto frequentemente

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

	1	2	3	4	5
	non chiaro	Poco chiaro	Talvolta poco chiaro	chiaro	Molto chiaro
Materiale comunicazionale e informativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentazione e modulistica somministrata a cittadini/pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Alla luce della Sua esperienza lavorativa, come giudica l'utilità che i cittadini/pazienti traggono dagli strumenti utilizzati dalla Sua ASST a fini informativi e di promozione della salute?

	1	2	3	4	5	
minima utilità			massima utilità			

Genere:

- ☐ Femmina
☐ Maschio

Età:

- ☐ <30
☐ 31-40
☐ 41-50
☐ >50

Ruolo ricoperto:

Anni di lavoro c/o il DSMD

Per chi lavora da meno di un anno si prega rispondere 1 anno

Grazie per la collaborazione.

Mi pare importante pubblicare questo studio, in un momento come questo in cui la comunicazione istituzionale, sanitaria, dei mass media relativamente al Covid-19 ha evidenziato tutti i suoi limiti e le sue falle. Senza voler parlare di vera e propria manipolazione. Ritengo che ci sia moltissima strada da percorrere ancora perché si concretizzino la filosofia e la pratica della health literacy, soprattutto fra coloro che detengono le informazioni e che dovrebbero essere i primi a promuoverla nella comunità e negli individui. Al contrario, i cittadini mi sembrano favorevolmente disposti ad ascoltare e ad eseguire anche se spesso senza capire e per questo meriterebbero una maggiore considerazione. (M. Sberna)

Il saggio è la tesi presentata dall'Autore per il Master di primo livello in Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie dell'Università La Sapienza di Roma, Dipartimento Scienze Giuridiche ed Economiche. Tutor prof. Enrico De Luca.

Carlo Scovino - è laureato in Scienze della Formazione e svolge da molti anni un'intensa attività di formazione e sensibilizzazione su temi di carattere sociologico, civile e sociosanitario in Italia e all'estero. Ha pubblicato numerosi articoli e libri su tematiche sociali, sull'empowerment, sui diritti umani, sulla diversity e sull'inclusion ed ha partecipato a numerosi convegni e seminari in Italia e all'estero in qualità di relatore. E' docente a contratto presso l'Università degli Studi di Milano. Ha conseguito la certificazione per il Master Monitoring The Human Rights of LGBTI Persons e Memories Sites and Human Rights e il Master di secondo livello EMMAS (Dirigenti Strutture Sanitarie e Socio-Assistenziali) presso l'Università Bocconi di Milano.