

266

aprile-giugno 2017



# la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/1100

## Dossier

HEALTH LITERACY, EDUCAZIONE, PROMOZIONE

Promozione della salute: literacy come strumento di empowerment

Health Literacy: un concetto decisivo per la sanità pubblica

Esitazione vaccinale e Health literacy, possibili legami e interazioni

Un protocollo per un'informazione accessibile a tutti

Tutti sono longevi, ma c'è chi è più longevo di altri

I dati sul fumo di sigaretta e le caratteristiche dei fumatori



Canada, 1979



URSS, 1972



Finlandia, 1991



Finlandia, 1990

Dalla collezione manifesti del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)

In copertina: Non uno di meno, Zhang Yimou, 1999

# Sommario

n° 266, 2017

## 2 NOTIZIARIO

## 6 EDITORIALE

**Cogliere l'opportunità - un approccio salutogenico alla Sanità Pubblica**

*Bengt Lindstrom*

## 10 DISUGUAGLIANZE

**Tutti sono longevi, ma c'è chi è più longevo di altri**

*Adriano Cattaneo*

## 12 CINEMA E SALUTE

**Gran Torino**

*Paola Beatini*

---

## 15 DOSSIER

**HEALTH LITERACY, EDUCAZIONE, PROMOZIONE**

*a cura di Giancarlo Pocetta*

## 16 Promozione della salute: literacy come strumento di empowerment

*Paolo Contu*

## 21 Health Literacy

*Maria Silvia Iovine, Donatella Panatto, Roberto Gasparini,*

*Daniela Amacizia*

## 23 Health Literacy: un concetto decisivo per la sanità pubblica

*Stephan Van den Broucke*

## 26 Misurare le competenze. La ricerca internazionale PIAAC – OCSE. Dal Rapporto ISFOL

*a cura di Edvige Mancinelli*

## 30 Esitazione vaccinale e Health literacy, possibili legami e interazioni

*Francesco Aquino, Gabriele Donzelli, Annalaura Carducci,*

*Pier Luigi Lopalco*

## 36 Due strumenti di misura della Health Literacy: il Newest Vital Sign (NVS) e il Single Item Literacy Screener (SILS)

*Chiara Lorini, Guglielmo Bonaccorsi*

## 39 Un protocollo per un'informazione accessibile a tutti

*Julie Ruel, Cecile Allaire, André C. Moreau*

## 41 Mediazione culturale in ambito sanitario: strumenti condivisi con gli abitanti delle baraccopoli

*Lucile Gacon, Fanny Bordeianu*

---

## 43 FUMO DI SIGARETTA

**I dati sul fumo di sigaretta e le caratteristiche dei fumatori**

*Da PASSI*

## 45 Le sigarette elettroniche in Italia aiutano i fumatori che vogliono smettere?

*Gruppo tecnico PASSI*

## 47 ALCOOL

**Alcol – ISTAT 2017. Una lettura critica**

*Michele Contel*

**LA SALUTE UMANA**, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Lia Delli Colli, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli

REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta. SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail [paola.beatini@unipg.it](mailto:paola.beatini@unipg.it)]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

*Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.*

Abbonamento 2017: Annuale cartaceo €25.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 30.00

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

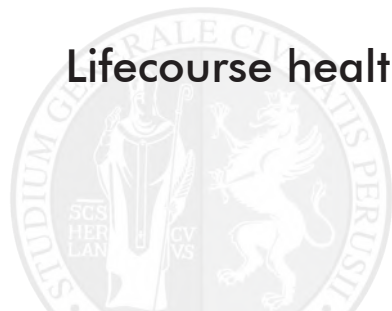
## EUROPEAN PERSPECTIVES ON HEALTH PROMOTION

WWW.ETC-SUMMERSCHOOL.EU

### Lifecourse health development: empowering people and settings

Corso a distanza a partire dal 5 maggio 2018

Corso residenziale dal 16 al 28 luglio 2018, Perugia



La 27<sup>a</sup> Summer School residenziale si terrà a Perugia e sarà ospitata dal Centro per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, in collaborazione con il CERSAL, la Regione Umbria, il Comune di Perugia e il Comune di Orvieto.

#### Contenuti del corso

Il fulcro della 27<sup>a</sup> Summer School è una prospettiva intergenerazionale sulla promozione della salute: *Lifecourse health development: empowering people and settings*.

Sono stati riconosciuti, a livello globale, l'importanza di adottare l'approccio basato sui setting e il ruolo significativo delle relazioni sociali tra persone, comunità, esseri umani e ambienti in cui vivono. Il Summer Course ETC, nato nel 1991, è basato sui framework della promozione della salute. Il fulcro sono i principi e le prospettive della salutogenesi, che mettono in risalto la mobilitazione degli asset e delle risorse individuali, sociali ed ambientali per l'empowerment delle persone e delle comunità, al fine di migliorare salute e benessere.

In questo scenario storico, il Summer Course ETC di Perugia fornirà una formazione di livello elevato centrata sugli asset e sulle risorse di salute per tutta la vita per lo sviluppo della salute

e dei contesti che promuovono salute nella vita quotidiana. Il setting di Perugia rappresenta l'ambiente di apprendimento perfetto in cui questi due aspetti, i contesti sociali e l'arco della vita, si incontreranno attraverso la prospettiva intergenerazionale. L'apprendimento a distanza e quello esperienziale forniranno, proporranno e solleveranno framework, questioni, problemi, eventi ed esperienze riguardanti il processo di empowerment di persone e setting.

Un tema ricorrente sarà il coinvolgimento dei partecipanti, in considerazione delle connessioni, sia dal punto di vista accademico che professionale, tra la salutogenesi, sviluppata da Antonovsky, e lo sviluppo della salute nella comunità intergenerazionale.

L'obiettivo principale della Summer School residenziale di Perugia è quello di offrire un forum internazionale per lo scambio interdisciplinare di conoscenze e capacità, con opportunità per esplorare:

- L'interazione persone-ambiente in relazione alla promozione della salute e del benessere
- Le risorse e i meccanismi interni ed esterni che consentono alle persone di partecipare pienamente alla società
- Gli approcci sistemici per creare sinergia tra la salutogenesi e la prospettiva dell'arco della vita

#### Programma del Corso

La Summer School del 2018 comprende un corso a distanza e uno residenziale.

Verranno realizzate più di otto learning week: le prime sei settimane, che inizieranno il 5 maggio 2018, verranno realizzate attraverso lo strumento dell'apprendimento a distanza; seguirà, nel luglio 2018, un corso intensivo della durata di due settimane. I metodi del corso comprendono la presentazione del team del corso, studio individuale, lavoro di gruppo, problem solving e altre forme di apprendimento tra pari (peer-based learning). Sono previsti anche briefing con esperti e visite sul campo.

**La componente residenziale si apre con il convegno di un giorno dedicato a Concha Colomer** (<https://etcsummerschool.wordpress.com/concha-colomer-symposium/>), aperto al pubblico più ampio di professionisti e accademici, locali e internazionali, interessati alla promozione della salute e al tema "Partecipazione attiva per la salute". Questo rappresenterà un forum in cui esperti nazionali ed internazionali in promozione della salute e salute pubblica si uniscono ad esperti locali ed a rappresentanti della comunità per sviluppare la conoscenza del contesto

locale e contribuire allo sviluppo di iniziative congiunte per promuovere la salute della comunità.

Il corso presenterà elementi sia teorici che pratici di promozione della salute, con un' enfasi sull'apprendimento negli adulti e sull'interazione dei partecipanti.

Sono in programma visite a esperienze locali esemplari, con l'opportunità di condividere conoscenze ed esperienze con colleghi internazionali attivi nel promuovere la salute in senso più ampio. I partecipanti avranno l'opportunità di sviluppare conoscenze dei contesti socio-culturali e politici di altri sistemi sanitari. Ogni partecipante, all'inizio del corso, farà una breve presentazione del proprio paese.

Inoltre, i partecipanti saranno coinvolti nello sviluppo di un progetto di ricerca, come componenti di un gruppo di lavoro multidisciplinare internazionale. La 27<sup>esima</sup> Summer School fornirà nuove conoscenze e capacità nelle suddette aree, e, come testimoniano tutti i partecipanti alle precedenti edizioni, permetterà di vivere un'esperienza unica che motiverà a promuovere la salute e il benessere nei setting. Un ulteriore vantaggio sono le reti internazionali di lunga durata che si svilupperanno nelle due settimane di corso tra i partecipanti e i tutor accademici.

#### **A chi è rivolto il corso?**

Il campo della promozione della salute è variegato, e, pertanto, i partecipanti proverranno da una vasta gamma di background: promozione della salute, sanità pubblica, enti locali, organizzazioni non governative, assistenza sanitaria, pianificazione urbana, università, lavoro sociale, ricerca, gestione, attività professionale, attività politica.

#### **Quota di iscrizione**

La quota di iscrizione standard è pari 1300 euro. Se ci si iscrive in anticipo (prima del 27 marzo 2016) è di 1000 euro. La quota comprende sistemazio-

ne/alloggio in camere singole per studenti e pranzi durante il programma accademico (dal lunedì al venerdì), coffee break la mattina, materiali del corso, partecipazione alla cena di benvenuto e a quella finale.

**Scadenza per l'iscrizione:** 30 aprile 2018

**Per iscriversi online:** [www.etc-summer-school.eu](http://www.etc-summer-school.eu)

#### **L'esperienza dell'ETC in capacity building**

Dal 1991 ad oggi, l'ETC-PHHP ha organizzato 26 corsi estivi in 14 città con 662 partecipanti da 50 paesi – principalmente paesi europei – che provengono dai settori della salute pubblica, della promozione della salute, da tutti i livelli di assistenza sanitaria, istruzione, lavoro sociale, ricerca, gestione e politica.

#### **Feedback dei partecipanti**

*“Il corso ha rappresentato una notevole opportunità per conoscere molti tipi diversi di persone, dalle quali si può imparare molto, e sento di aver creato una rete europea che può risultare utile in futuro”.*

*“È stato molto difficile lavorare in un gruppo formato da partecipanti provenienti da diverse culture, background, età, ma allo stesso tempo è stato molto interessante e stimolante”.*

*“In conclusione, questo corso ha rappresentato non solo un'esperienza di apprendimento ricca dal lato accademico e professionale, ma anche da quello personale. Mi ha permesso di allargare gli orizzonti ed apprendere più cose riguardo le idee europee sulla salute, il benessere e la promozione della salute, il che ha fatto evolvere le mie prospettive”.*

#### **ETC-PHHP NETWORK**

· Andrija Štampar School of Public Health School of Medicine, Croatia,

University of Zagreb,

- Department of Clinical Sciences and Nutrition, University of Chester, UK
- Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway
- Health & Society (HSO), Department of Social Sciences, Wageningen University, The Netherlands
- Experimental Centre for Health Promotion and Education, University of Perugia, Italy
- Faculty of Nursing, University of Girona, Spain
- Institute Sports & Exercise, HAN University of applied Sciences, The Netherlands
- Department of Social Work and Health Science (ISH), Norwegian University of Science & Technology (NTNU), Norway
- Department of Public Health, Clinical and Molecular Medicine, University of Cagliari, Italy
- The Inpes Health Promotion Chair at the EHESP, EHESP School of Public Health, Rennes, France
- The Public Health Research Group, University of Alicante, Spain

#### **CONTACT**

Giuseppe Masanotti professor of Public Health

Giancarlo Pocetta professor of Public Health

[giuseppe.masanotti@unipg.it](mailto:giuseppe.masanotti@unipg.it)

[giancarlo.pocetta@unipg.it](mailto:giancarlo.pocetta@unipg.it)

<https://etcsummerschool.wordpress.com>

[cespes.unipg.it/etc\\_page.htm](http://cespes.unipg.it/etc_page.htm)

Perugia University

Experimental Center for Health Promotion and Education

Department of Experimental Medicine  
Piazza Lucio Severi, 1

Edificio D, Piano 06132 Perugia, Italy

## MASTER

# Pianificazione, gestione e valutazione di azioni integrate di promozione della salute per la comunità Community Health Promotion (CHP) Anno Accademico 2017/2018



Dipartimento di Medicina Sperimentale

Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)

Il Master è l'unico corso in Italia accreditato dall'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) all'interno dell'European Health Promotion Accreditation System. Applica gli standard di qualità e competenza nella formazione e nella pratica in promozione ed educazione alla salute a livello europeo.

### Articolazione formativa:

- 280 ore di didattica frontale e attiva distribuite in sette moduli residenziali
- attività di tirocinio presso istituzioni varie stabilite in accordo con il Consiglio del Master

- studio individuale
- elaborazione di una tesi finale

È strutturata in modo da facilitare l'apprendimento di specifiche competenze e sperimentare tecniche e strumenti da trasferire nella propria operatività.

L'articolazione didattica prevede: sintesi informative, lavoro di gruppo, studi di casi, simulazioni, metodi art based, lavori individuali, osservazione, portfolio

I moduli residenziali

### I MODULO

**Le basi culturali – scientifiche e l'organizzazione della promozione della salute in Italia e in Europa**  
**12 - 16 marzo 2018**

Modelli di salute: evoluzione concettuale, l'approccio salutogenico

Le capacità personali per la salute: il contributo delle neuroscienze e della ricerca psicologica

Le opportunità per la salute: i sistemi culturali della salute, le istituzioni sociali della salute

Evoluzione del concetto di welfare e dei sistemi di salute: *la salute in tutte le politiche*

Etiche per la salute. Evoluzione del concetto di educazione sanitaria e promozione della salute

Evoluzione e organizzazione del sistema socio sanitario in Italia, ruolo dei

servizi di educazione sanitaria e promozione della salute

Le responsabilità e i ruoli per la promozione della salute nei settori non sanitari Dimensione europea della promozione della salute. Prospettive culturali, economiche e politiche

### II MODULO

**Teorie, metodi e strumenti per la ricerca in promozione ed educazione alla salute**

**16 - 20 aprile 2018**

La cornice della ricerca azione nel campo della salute: elementi teorici e metodologici

Contributi e integrazioni disciplinari per lo sviluppo di conoscenza: gli strumenti della conoscenza epidemiologica, psicologica, socioantropologica, pedagogica

Analisi dei bisogni di salute nella popolazione da un punto di vista promozionale

I determinanti di salute

La diagnosi di comunità

Metodologia della ricerca bibliografica e della documentazione in PdS: aspetti metodologici ed operativi

Enti e istituti per la documentazione in Italia ed in Europa

### III MODULO

**Progettazione territoriale partecipata**

## **in promozione della salute ed educazione sanitaria**

**14 - 18 maggio 2018**

Modelli di progettazione in promozione ed educazione sanitaria

Le finalità e le fasi

Diagnosi educativa (rapporto con diagnosi di comunità e sue specificità)

L'identificazione delle priorità

La definizione degli obiettivi

I modelli di apprendimento/cambiamento degli stili di salute

La scelta dell'intervento: evidenze di efficacia

Trasferibilità e sostenibilità

Approccio all'analisi della fattibilità degli interventi

Setting educativi per la promozione della salute

La relazione individuale, il gruppo, la comunità

## **IV MODULO**

### **Valutazione partecipata dell'Impatto sulla salute (VpIS) dei programmi integrati di promozione della salute 11 - 15 giugno 2018**

Valutazione di Impatto e Valutazione partecipata di impatto sulla salute

Valutazione e progettazione di un intervento: empowering evaluation

Il concetto di qualità: criteri ed approcci operativi alla valutazione della qualità in sanità

Il percorso operativo della Valutazione di Impatto

Strategie partecipative per la valutazione dei risultati di un intervento di educazione alla salute

La valutazione di processo di un intervento di promozione ed educazione alla salute

Trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica operativa

## **V MODULO**

### **Gestione di programmi integrati di promozione della salute: relazioni**

## **intersectoriali, gruppi multiprofessionali**

**17- 21 settembre 2018**

Scenari politico-legislativi per l'intersectorialità nella salute

Gli strumenti della programmazione territoriale integrata per la promozione della salute della comunità

Profili di comunità e di salute, Patti territoriali, Piani di salute

Il gruppo di lavoro come strumento di gestione e di apprendimento

Ruoli e compiti nelle fasi della vita di un gruppo multiprofessionale:

Leadership e relazioni interne

## **VI MODULO**

### **Progettazione territoriale partecipata in promozione della salute ed educazione sanitaria**

**15 - 19 ottobre 2018**

L'approccio Community-oriented alla promozione della salute

Intersectorialità e alleanze per la Salute  
Disuguaglianze socio economiche e promozione della salute: esperienze italiane ed europee

Lavorare per la promozione della salute della comunità: la programmazione integrata e l'intervento di rete

La comunità come contesto educativo per la salute: partecipazione comunitaria

Riorientare i servizi: la qualità dei servizi di promozione ed educazione alla salute nella sanità e negli altri contesti operativi

## **VII MODULO**

### **Comunicazione e salute: teorie e metodi per l'empowerment La Documentazione**

**19-23 novembre 2018**

La comunicazione per la salute e la sanità

Il problema della Health Literacy

La comunicazione educativa

Il marketing sociale

La comunicazione istituzionale come trigger nell'azione di promozione della salute

Comunicazione di massa e informazione sulla salute

La Documentazione in promozione della salute: indirizzi e organizzazione

L'accesso al Master è riservato a coloro che sono in possesso di una Laurea di I livello, II livello o del vecchio ordinamento conseguita in Italia, a professionisti in possesso di un titolo equipollente.

Il Corso è a numero chiuso.

### **Direzione del Master**

Giuseppe Masanotti

(Coordinatore CeSPES)

### **Coordinatore scientifico**

Giancarlo Pocetta

(Coordinatore scientifico)

### **Coordinamento didattico**

Paola Beatini

e-mail: [paola.beatini@unipg.it](mailto:paola.beatini@unipg.it)

tel: +39 075/5857357

### **Segreteria organizzativa**

Alberto Antognelli

e-mail: [alberto.antognelli@unipg.it](mailto:alberto.antognelli@unipg.it)

tel: +39 075/5857356

### **Per informazioni:**

[paola.beatini@unipg.it](mailto:paola.beatini@unipg.it)

**Tel 075.5857357**

Il 2016 è l'anno in cui sono state pubblicate diverse "Carte" sulla salute (Dichiarazione di Curitiba sull'Equità – IUHPE (1), Healthy Learning Statement – ETC (2), Dichiarazione di Vienna – EUPHA (3), Dichiarazione di Shanghai sulla Promozione della salute –WHO); ciò costituisce un'opportunità per riflettere sia sulla storia della Sanità Pubblica contemporanea sia in che modo una sintesi potrebbe ridirigere la Sanità Pubblica in una futura azione coerente ed efficace, basata questa su un pensiero salutogenico.

Recentemente, Halfdan Mahler, uno dei più importanti direttori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è morto all'età di 93 anni. Egli fu a capo dell'OMS per 15 anni, dal 1973 al 1988. In quel periodo, l'OMS cambiò il suo orientamento, dal supportare e costruire principalmente servizi sanitari e dal documentare i rischi e le malattie a livello mondiale al coinvolgere la società e le comunità sviluppare la primary health dove le persone vivono, amano, lavorano – sviluppando un'azione che va molto oltre la Salute e la Sanità Pubblica tradizionali, tutto ciò in linea con la precedente azione di Mahler nella FAO e nell'UNICEF.

In un'intervista, in coincidenza con il 30mo anniversario della Conferenza di Alma Ata, nella quale la WHO fissò la sua nuova struttura per la primary health seguita dalla strategia globale WHO Health for All (HFA) 2000, Mahler affermò: "Non incontreremo in alcun modo il movimento della primary health della popolazione, a meno che includiamo i valori alla base di HFA e agiamo di conseguenza"(questi erano: Aggiungere Salute alla

Vita e Aggiungere Vita agli Anni attraverso un'azione intersettoriale, l'equità nella salute e lo sviluppo sostenibile). Mahler esprimeva la sua preoccupazione per la lentezza con cui si sviluppava l'area della primary health. (Coincidenza. La Conferenza di Alma Ata si svolse quasi nello stesso anno della pubblicazione del primo lavoro scientifico di Antonovsky (1979) (4). I due eventi erano reciprocamente sconosciuti – proprio come le vittime dell'Olocausto non sapevano che sarebbero state lo starter della Dichiarazione sui Diritti dell'Uomo delle Nazioni Unite e che, inoltre, alcuni di loro, avrebbero dato lo stimolo per avviare l'approccio salutogenico alla salute).

Tradizionalmente la Sanità Pubblica ha posto al centro "Aggiungere Salute alla Vita", questo si traduce in: contrastare le malattie, realizzare interventi tesi a ridurre/eliminare i rischi, molto in accordo con quella parte della Dichiarazione OMS sulla Salute del 1948 (5) che enfatizza l'assenza della malattia (ma che ovviamente ha anche un seguito). Tuttavia, la novità di Salute per Tutti (HFA) fu l'inclusione nel programma dell'altra parte della Dichiarazione sulla salute quella che recita "un completo stato di benessere in una dimensione fisica, mentale e sociale"; lanciando la visione di "Aggiungere Vita agli Anni" (6). Al tempo, era troppo presto per inserire la quarta dimensione della salute – la dimensione spirituale o esistenziale. Questa era stata toccata da Mahler nel 1987 quasi 40 anni dopo la dichiarazione iniziale sulla salute. Infine, sotto la leadership di Mahler fu lanciato il movimento per la promozione

della salute attraverso la Carta di Ottawa nel 1986 la quale divenne lo strumento per l'implementazione della strategia HFA (7).

Ciò che è nuovo in tutto ciò è il focus della salute come una risorsa intrinsecamente positiva per la vita e la ricerca di modalità per costruire risorse (assets) per la salute nell'intero corso della vita all'interno di comunità o setting "supportivi per la salute". Inoltre, un cambiamento-chiave di prospettiva che si differenzia molto dalla Dichiarazione sulla salute dell'OMS fu il vedere la salute come un processo che si sviluppa nel corso di tutta la vita e non uno stato definito una volta per tutte.

Aprire questi nuovi scenari avrebbe reso possibile rispondere ad una parte dei riferimenti dei vecchi dinosauri della Sanità Pubblica che reclamano interventi evidence-based e theory-based.

Invece, la sanità pubblica fu lenta nel ridirigere le proprie attività dall'approccio tradizionale basato sul rischio e la descrizione dei problemi mentre la sua irritante piccola sorella, la promozione della salute, continuava a ronzare e si vantava di ciò che potrebbe essere raggiunto, però mai realmente presa sul serio dal Grande Fratello. Il problema fu che la promozione della salute non aveva creato un focus o un fondamento teoretico procedendo così senza una bussola. In un certo senso, dal punto di vista della Sanità pubblica, la riluttanza verso la Promozione della salute era comprensibile perché questa appariva troppo desiderosa di conquistare il mondo della salute piuttosto che costruire sistematicamente un solido

## **Cogliere l'opportunità - un approccio salutogenico alla Sanità Pubblica**

*Bengt Lindstrom*

fondamento di evidenze e sviluppare un costruito teoretico di base per la propria azione.

Guardando indietro, il potenziale era già disponibile dal momento che i protagonisti della promozione della salute nel 1993 cominciarono un dialogo con Aaron Antonovsky, il fondatore della salutogenesi, il quale suggeriva che la salutogenesi poteva costituire la base teorica per la promozione della salute (pubblicazione postuma 1996 (8)). Sfortunatamente, al tempo non vi era ancora molta evidenza disponibile e la morte prematura di Antonovsky l'anno successivo, quasi portò la salutogenesi ad un blocco. Questo poteva essere la fine della storia e il ritorno infine di ogni cosa alla normalità.

Qual è il segreto della salutogenesi e come potrebbe trarne beneficio la sanità pubblica? Salutogenesi è un “ombrello” concettuale che abbraccia diversi concetti e teorie che hanno tutti in comune un approccio alla salute basato sul concetto di risorse (Asset) per la salute. La prima e meglio conosciuta è la teoria del Senso di Coerenza elaborata da Antonovsky (1979) (4) originariamente basata su uno studio epidemiologico riguardante donne che avevano attraversato eventi estremamente stressanti nella loro vita, alcune vittime dell'Olocausto, ma ancora, come altri, capaci di vivere e gestire pienamente la propria vita. Interviste in profondità permisero di sviluppare la teoria e lo strumento di ricerca. La chiave era la capacità di trovare un riorientamento della propria prospettiva di vita, mettere insieme i frammenti, riflettere e andare oltre, trovare una via differente per il

proprio corso di vita a dispetto di tutto e un supporto a continuare attraverso risorse interne ed esterne. Il focus è sulla vita per la quale la salute è una risorsa. Questa capacità di usare le risorse fu denominata da Antonovsky Senso di Coerenza. Più questa capacità è forte migliore è la capacità di gestire la vita e tutte le sue sfide. Nella visione di Antonovsky tutto ciò determinava un approccio sistemico nel quale la coerenza tra individui e le

strutture di supporto crea un sistema interattivo. Dunque, guardando alle comunità, alle istituzioni alla società nel suo insieme, si può pensare in termini di un Senso di Coerenza collettivo. Di nuovo, la chiave qui è comprendere in che misura un sistema sostenibile a supporto della vita può essere creato mediante l'uso delle risorse disponibili.

Un altro concetto sottostante l'ombrello della salutogenesi è quello di “resilien-



Lindstrom B. Seizing the opportunity – a salutogenic approach to public health. *Gac Sanit.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.005> 0213-9111/© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/>). In press.

za”, che ha a che fare con la capacità di resistere alle difficoltà nella vita e di gestirla. Entrambi i concetti, SOC e resilienza, sottolineano l’importanza delle esperienze di vita che formano una cultura ed una comunità preparate ad affrontare qualsiasi sfida e difficoltà in modo costruttivo. In altre parole, creare una cultura salutogenica e resiliente. Un esempio. È noto che comunità che vivono sotto la pressione costante di difficoltà (come nelle società in via di sviluppo) sono più in grado di trovare soluzioni di protezione rispetto ad altre che non hanno sperimentato analoghe difficoltà. Ciò richiede esperienza, capacità e innovazione per affrontare sfide future sconosciute. Nel tempo, l’insieme delle esperienze di vita forma una cassetta degli attrezzi culturale e salutogenica. Interessante dal punto di vista della sanità pubblica e della epidemiologia è il fatto che il rischio, tradizionalmente visto come un distruttivo fenomeno patologico, può servire come una risorsa. È la capacità, come processo di resistere al rischio che è importante non il rischio in sé. Il rischio dunque diventa un concetto relativo non più assoluto. Se questi sono in breve gli aspetti teorici della salutogenesi quali sono le evidenze a supporto della sua efficacia?

Studi sia longitudinali che trasversali ci hanno fatto vedere l’aumento del valore medio del SOC nel corso della vita; le popolazioni più anziane hanno una media più alta di quelle giovani. Questo fornisce due indizi per la salutogenesi: non è qualcosa di innato ma è qualcosa che si apprende nel tempo. Evidentemente,

la cultura di una società gioca un ruolo importante a sostegno della vita. In secondo luogo possiamo concludere che la saggezza della vita è ancorata nel porto delle generazioni più anziane.

L’evidenza empirica ci dice che le persone che sviluppano una capacità salutogenica vivono più a lungo della media in termini di Salute per tutti e di Aggiungere anni alla vita. Un aspetto è la capacità di fare fronte alla cronicità, come nelle malattie non trasmissibili (NCD). Le persone con una capacità salutogenica più forte gestiscono queste condizioni meglio della media. Sebbene il SOC rafforzi sia la dimensione fisica che sociale che esistenziale della salute attraverso la sua capacità di gestire lo stress, la sua correlazione più forte è con la dimensione mentale della salute in termini di benessere, qualità della vita o salute percepita, cioè, la salutogenesi dà una risposta a Health For All e richiama “Aggiungere vita agli anni”. Studi longitudinali, trasversali, quantitativi e qualitativi indicano la stessa conclusione (2010) (9).

Infine, dove siamo oggi e in che modo la salutogenesi supporta la sanità pubblica contemporanea? I questionari che indagano la salutogenesi sono stati tradotti in più di 50 lingue e sono stati usati approssimativamente in più di un terzo del mondo abitato. Ci stiamo muovendo in un mondo globale in cui la salute è diventata centrale nell’agenda politica e le Nazioni Unite hanno fissato i nuovi Sustainable Development Goals (SDG) (10) che sono stati tradotti in un’Agenda Globale della Salute da molte agenzie all’interno e all’esterno del settore sani-

tario. Sembra che molti dei nostri sforzi nella sanità pubblica abbiano un forte sostegno politico. L’OMS nella sua ultima conferenza sulla promozione della salute (Shanghai, Dicembre 2016) ha approvato una strategia per affrontare i SDG, in cui la Health Literacy ha un ruolo centrale. Tuttavia, guardando in dettaglio in che modo gli esperti di Health Literacy hanno pianificato di raggiungerli, il loro sforzo sembra un poco prematuro e piuttosto incoerente mancando ancora largamente di teoria e di evidenza empirica. Un pò di pensiero salutogenico sarebbe stato di grande aiuto per evitare tale inconsistenza.

La popolazione anziana è oggetto di grande preoccupazione per la sanità pubblica. Come detto prima, le persone che sviluppano una loro capacità salutogenica vivranno più a lungo della media. Spesso, l’invecchiamento è considerato una costosa espansione della vita che drena il Prodotto Nazionale Lordo attraverso gli enormi costi dell’assistenza sanitaria. La gerontologia ha richiamato l’urgenza di questo tema in un libro pieno di disperazione, *Next Medicine*, nel quale l’autore calcola che la medicina del futuro sarà nell’impossibilità economica di mantenere l’attuale andamento; ridurre il costo-efficacia quasi a zero (2010b) (11). Non gli è mai stata presentata la salutogenesi. Un altro esempio dagli Stati Uniti: il parto cesareo senza indicazione medica costa al budget sanitario degli USA 17 miliardi di dollari l’anno mentre le donne con un approccio salutogenico preferiscono il parto naturale.

Però, guardando al quadro nel suo in-

sieme non è una vita più lunga che ci si aspetta dalla salutogenesi quanto una vita con un accresciuto senso di benessere. Le evidenze parlano a favore di un minore carico di malattia cronica e di una vita più lunga in salute e felice che riduce i costi complessivi. La Salutogenesi non può curare le malattie croniche ma migliorare le loro conseguenze e rendere più facile convivere e in tal modo abbassare i costi sociali. Ancora studi di economia sanitaria sono carenti. Tuttavia, sembra che le persone che escono dalla forza lavoro ma hanno una forte capacità salutogenica sono più inclini a rientrarvi. L'impatto sulla salute calcolato in Finlandia indica che il costo complessivo dell'abbandono precoce del lavoro costa tanto quanto un giorno lavorativo pieno su base annuale e nazionale e causa una perdita di 30 miliardi di Euro per anno. Con l'adozione di strategie salutogeniche nel lavoro, tutto ciò potrebbe essere largamente evitato (2010). È stato anche messo in evidenza che la produttività delle organizzazioni aumenta quando si implementa una strategia salutogenica (12).

La Sanità Pubblica ha molto da guadagnare dall'implementazione di strategie salutogeniche, fondamentalmente lavorando da una piattaforma di evidence e theory based, riorientando le sue azioni da una approccio più o meno totalmente legato al rischio verso un approccio basato sulle risorse. Nel 2016, la Sanità Pubblica Europea ha richiamato la promozione della salute nella sua Dichiarazione di Vienna. A sua volta, lo European Training Consortium ha presentato il suo concetto di healthy learning basato sul-

la salutogenesi. L'Unione Internazionale per la Promozione della salute (UHPE) ha fatto un richiamo all'equità mentre l'OMS alla fine dell'anno ha presentato la sua Carta di Shanghai. Nell'insieme, osserviamo una conversione verso il compito primario indicato dagli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite. Nell'insieme, sembra che per una volta le istituzioni della Sanità Pubblica si uniscano.

Infine, il prof. Pekka Puska, già direttore dell'Istituto di Sanità Pubblica finlandese (oggi: Istituto della salute e del benessere/welfare) fu anche l'iniziatore del North Karelia Cardiovascular disease Prevention Project negli anni '70. Egli è stato un fermo sostenitore dell'approccio all'alto rischio in Sanità Pubblica come anche dichiarò nell'introduzione al volume "Wellbeing and Beyond" (2010) (13), un'antologia dedicata al benessere. La sua missione nella sanità pubblica è stata completamente dedicata all'approccio dell'alto rischio che ha avuto senz'altro successo, ma egli prevede: "Il futuro della salute pubblica potrebbe essere inserito in un complementare approccio salutogenico".

Ciò che serve è una sintesi tra una sanità pubblica rinvigorita da un forte approccio basato sullo sviluppo di risorse sostenute da una evidenza teorica e empirica ed una volontà politica ed una leadership dotata della capacità di immaginare e pianificare con saggezza il futuro.

## Bibliografia:

1. The Curitiba Declaration. Available at: [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org)
2. Evolution of Salutogenic Training. The ETC Healthy Learning Process. Available at: [www.etcsummerschool.wordpress.com](http://www.etcsummerschool.wordpress.com)
3. The Vienna Declaration. Available at: [www.eupha.org](http://www.eupha.org)
4. Antonovsky A. Health stress and coping. San Francisco: Jossey Bass; 1979.
5. The WHO Constitution. Available at: [www.who.int](http://www.who.int)
6. The Health for All Strategy. Available at: [www.who.int](http://www.who.int)
7. The Ottawa Charter. Available at: [www.who.int](http://www.who.int)
8. The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1 Health Promot Int. 1996;11:11-8. doi:10.1093/heapro/11.1.11
9. Lindstrom B, Eriksson M. The Hitchhiker's guide to salutogenesis. Helsinki: Folkhalsan Research Report; 2010.
10. The Shanghai Declaration. Available at: [www.who.int](http://www.who.int)
11. Bortz W. Next medicine. Oxford-San Francisco: OUP; 2010.
12. Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. Handbook on salutogenesis. New York: Springer; 2016.
13. Wellbeing and beyond. 2014. Available at: [www.edgaronline.com](http://www.edgaronline.com)

E-mail address: [bengtblind@hotmail.com](mailto:bengtblind@hotmail.com)

## Tutti sono longevi, ma c'è chi è più longevo di altri

Adriano Cattaneo

Quartet, Dustin Hoffman, 2012

A livello globale il gap tra paesi ad alto e medio-alto livello di sviluppo in termini di aspettativa di vita aumenta. Figuriamoci cosa sta succedendo al gap con i paesi a medio-basso e basso livello di sviluppo, e soprattutto con i paesi dell'Africa sub-Sahariana.

*Sai ched'è la statistica? È na' cosa che serve pe fà un conto in generale de la gente che nasce, che sta male, che more, che va in carcere e che spósa.*

Ho scelto il titolo parafrasando "La fattoria degli animali" di George Orwell. Ma avrei potuto anche riferirmi al pollo di Trilussa, cui appartiene la prima strofa del sonetto d'apertura. È lo stesso approccio che usa Marie Louise Tørring quando scrive: "Oggi possiamo sedere comodamente a casa e scoprire un mondo in movimento, con statistiche animate che ci mostrano la longevità aumentare in tutto il mondo"[1]. Il riferimento è a una serie di lezioni che usano statistiche in movimento, molto popolari sul web [2], guardando e ascoltando le quali può sfuggire il fatto che la longevità non aumenta per tutti allo stesso modo. L'editoriale della Tørring accompagna un articolo che si occupa della relazione tra aspettativa di vita e mortalità per

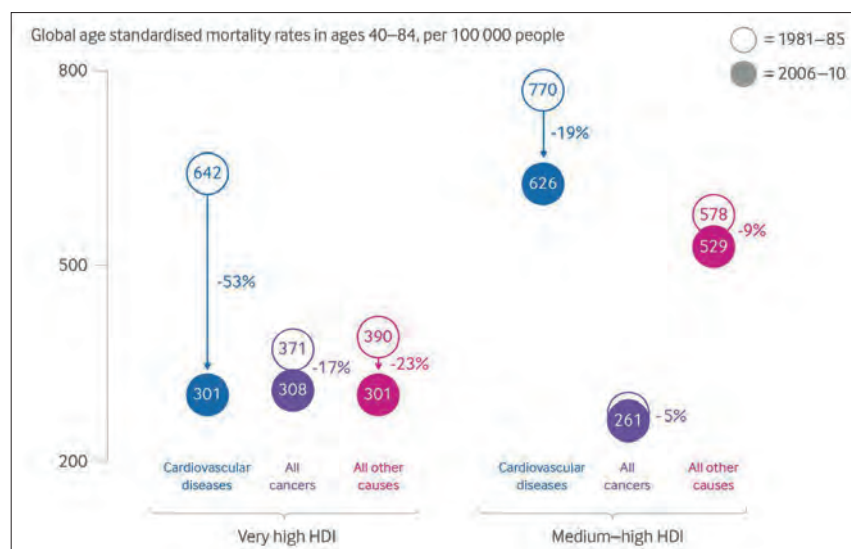
cancro a livello globale, usando come termine di paragone la mortalità per malattie cardiovascolari (CVD)[3]. Gli autori partono dalla constatazione che il cancro sta sorpassando le CVD come prima causa di morte a livello globale. Erano 8,2 i milioni di decessi per cancro nel 2012, e potrebbero arrivare a 14,6 milioni nel 2035, mentre le morti per CVD stanno diminuendo. Per capire meglio la relazione tra aspettativa di vita e mortalità per cancro, gli autori analizzano i dati di 52 paesi, classificati in base all'Indice di Sviluppo Umano (HDI) dell'UNDP in due gruppi: 30 paesi ad alto HDI (quasi tutta l'Unione Europea, Svizzera, Nord America, Giappone, Corea del Sud, Singapore, Australia, Nuova Zelanda, Cile, Kuwait, Israele) e 22 a medio-alto HDI (quasi tutta l'America Latina, Mauritius, Azerbaijan, Georgia, Romania, Bulgaria, Moldavia, Russia, Ucraina, Bielorussia, Kazakistan e Kyrgyzstan). La scelta è caduta su questi 52 paesi perché hanno, nei database dell'OMS e dell'ONU, dati di buona qualità per le variabili in questione e per i periodi di cinque anni presi in considerazione, il 1981-85 e il 2006-10.

Tra i due periodi presi in esame, l'aspettativa di vita tra 40 e 84 anni è aumentata di 3,7 anni per i maschi e di 2,5

anni per le femmine nei paesi ad alto HDI; i corrispondenti valori per i paesi a medio-alto HDI sono 1,1 e 1,4 anni. La riduzione dei decessi per CVD ha dato il maggiore contributo alla riduzione: 60% nel primo gruppo, 50% nel secondo. Anche la mortalità per cancro è diminuita, ma molto di più nei paesi ad alto HDI (meno 20% e meno 15%, rispettivamente, per maschi e femmine, con un guadagno di 0,8 e 0,5 anni nell'aspettativa di vita) che in quelli a medio-alto HDI (meno 4% e meno 5%, con un guadagno di 0,2 anni per entrambi i sessi). La Figura 1 spiega questi risultati, mostrando la diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità tra 40 e 84 anni tra i periodi 1981-85 e 2006-10 per CVD, cancro e per tutte le cause di morte, in maschi e femmine assieme, nei paesi ad alto e medio-alto HDI.

Tutti più longevi, quindi. Ma il gap in termini di aspettativa di vita aumenta. E si tratta del gap tra paesi ad alto e medio-alto HDI. Figuriamoci cosa sta succedendo al gap con i paesi a medio-basso e basso HDI, e soprattutto con i paesi dell'Africa sub-Sahariana. La diminuita mortalità per cancro (ma la stessa logica può essere applicata alle CVD) e l'aumentata aspettativa di vita dipendono infatti dalla combinazione di due fattori: diminuita

Figura 1. Tassi standardizzati di mortalità in età 40-84 anni, per 100.000 abitanti



incidenza della malattia e ridotta letalità.

La diminuita incidenza è legata alla diminuzione dei fattori di rischio. Si pensi alla diminuzione di mortalità per cancro del polmone, il maggiore contributo alla diminuzione della mortalità per cancro nei maschi (un pò meno nelle femmine) nei paesi ad alto HDI. Diminuzione dovuta soprattutto alla ridotta incidenza, grazie alle legislazioni nazionali contro il fumo e all'aumento delle tasse sulle sigarette. Queste misure sono ormai quasi universali nei paesi ad alto HDI, mentre stentano a decollare in molti paesi a medio-alto, medio-basso e basso HDI, nonostante quasi tutti i paesi abbiano ratificato la Framework Convention sul tabacco dell'OMS [4]. Stentano a decollare per varie ragioni, ma probabilmente anche per le pressioni di Big Tobacco, come mostra un recente articolo del Guardian [5]. Sulla base di documenti riservati venuti in suo possesso, la giornalista accusa una delle maggiori multinazionali del tabacco, la BAT, di aver minacciato i governi di Kenya, Uganda, Namibia, Togo, Gabon, Ethiopia, Burkina Faso e Repubblica Democratica del Congo di ricorrere ai tribunali speciali sui trattati di libero commercio nel caso introducessero misure mirate a ridurre il consumo di sigarette, dai divieti di pubblicità alle sovrattasse.

La ridotta letalità è legata all'accesso a servizi di qualità per la diagnosi, possibilmente precoce e il trattamento del cancro. Nei paesi ad alto HDI, e in misura minore in quelli a medio-alto HDI, è diminuita la mortalità per quei tumori che si possono identificare in fase iniziale e curare, mammella, cervice uterina e colon-retto in primo luogo. Ma in quanti paesi a medio-basso e basso HDI sono presenti, diffusi ed accessibili servizi di qualità per queste malattie? Senza contare che i cambiamenti della dieta e della fertilità, oltre ai diminuiti tassi di allattamento al seno, sono tutti fattori che tendono addirittura a farne aumentare l'incidenza.

Che fare per ridurre il gap? Gli autori dell'articolo e l'autrice dell'editoriale scrivono che bisognerebbe mettere più risorse a disposizione dei paesi a medio-basso e basso HDI per la prevenzione e la cura del cancro. Buona l'idea, ma di improbabile realizzazione, se crediamo alle pessimistiche previsioni di un recente articolo del Lancet [6], ripreso anche su questo blog [7]. Meglio per questi paesi puntare sul controllo dei determinanti sociali e ambientali del cancro. Puntare per esempio sui disincentivi al fumo (niente pubblicità, sovrattasse, proibizione del fumo in ambienti chiusi, plain packaging [8]). Interventi simili anche per il controllo

dell'alcol, associato all'insorgenza di altri tumori. Interventi per aumentare durata ed esclusività dell'allattamento, per ridurre l'incidenza del carcinoma mammario [9]. Altri interventi per migliorare la dieta contribuirebbero a ridurre incidenza e mortalità per altri carcinomi, in primis quelli dello stomaco e del colon-retto. Insomma, una strada diversa da quella che obbligherebbe a investire grosse somme di denaro, che non c'è, per aumentare l'offerta di servizi sanitari.

Adriano Cattaneo, epidemiologo, Trieste  
da Salute Internazionale.info  
6 settembre 2017

#### Bibliografia:

1. Tørring ML. Cancer and the limits of longevity: global inequality in longevity gains reflects inequities in cancer control. *BMJ* 2017;357:j2920 doi: 10.1136/bmj.j2920
2. Hans Rosling's TED talks
3. Cao B, Bray F, Beltrán-Sánchez H, Ginsburg O, Soneji S, Soerjomataram I. Benchmarking life expectancy and cancer mortality: global comparison with cardiovascular disease 1981-2010. *BMJ* 2017;357:j2765 doi: 10.1136/bmj.j2765
4. WHO Framework Convention on Tobacco Control [PDF: 543 Kb]
5. Boseley S. Threats, bullying, lawsuits: tobacco industry's dirty war for the African market. *The Guardian*, 12.06.2017
6. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015-40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; 389: 2005-30
7. Cattaneo A. Come si finanzia la salute globale. *Saluteinternazionale.info*, 31.05.2017
8. Cattaneo A. Fumo di Londra. *Saluteinternazionale.info*, 23.06.2013
9. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet* 2002;360:187-95.

# Gran Torino

Paola Beatini



Gran Torino, Clint Eastwood, 2008

*Un film di Clint Eastwood, 2008*  
*Drammatico. Min 116*

La storia degli ultimi giorni di vita di un operaio in pensione dalla Ford, vedovo, Walt Kowalski, lupo solitario, arrabbiato con tutti, caustico miscredente, uomo incapace di comunicare, anche con i parenti più prossimi. E i suoi vicini di casa, immigrati vietnamiti totalmente estranei, una volta suoi "storici" nemici".

A Walt è rimasto un unico grande amore, una Ford Gran Torino del 1972, una reliquia. Quando un ragazzino della famiglia vietnamita, Thao, tenta di rubargliela, la sua vita viene letteralmente sconvolta.

A partire da questo momento, la rabbia contro il mondo e, nella specifica contingenza, contro i suoi vicini, si trasforma in disprezzo, poi in indifferenza per diventare curiosità, apertura, amicizia e al fine spirito paterno, soprattutto grazie alla sorella di Thao, Sue e alla sua drammatica vicenda personale.

## Il rapporto con il problema di salute

Gli argomenti di salute cui poter associare il film sono diversi, ovviamente in un concetto di salute ampio e articolato.

Temi sociali (razzismo, integrazione) e temi umani (la famiglia, il rapporto padre-figlio), la vecchietta (solitudine e amicizia), la malattia e la morte si intrecciano nel corso del film e possono essere affrontati da un lavoro di animazione sia con un pubblico maturo che con i ragazzi, magari anche in un confronto intergenerazionale.

## La solitudine del vecchio lupo

A Walt, come succede molto spesso quando si va assai avanti con gli anni, tutto cambia sotto gli occhi e questo non può non generare smarrimento, distanza e chiusura verso un mondo ormai sconosciuto, ma, soprattutto, nel suo caso, ostilità nei confronti degli altri e tanta, tanta rabbia.

Principi, valori significati fondanti la sua vita sono stati stravolti, così come sono state snaturate le sue giornate nel quartiere e nella sua casa.

All'inizio del film, già durante il funerale della moglie, scopriamo che la rabbia di Walt si rivolge verso i membri della sua famiglia, i due figli Mitch e Steve da cui lo allontanano scelte di vita e gusti automobilistici (uno di loro commercia auto giapponesi, sacrilegio per un ex dipendente Ford) e che progettano di rinchiuderlo in una bella

casa di riposo. Ancora più lontani parole, gusti e abiti delle nipoti...

Il quartiere di Detroit nel quale vive, un tempo uno dei quartieri della piccola e media borghesia americana, gli operai specializzati, gli impiegati, col piccolo prato e la veranda è ora in assoluta decadenza: le staccionate divelte, sulle strade, per lo più deserte, cresce l'erba. Spopolato di bianchi americani, "è stato occupato" da ispanici per lo più bande di bulli e violenti e, la villetta a fianco del giardino, da un gruppo di vivaci «musi gialli» (in realtà «hmong», popolazione che non può più vivere nei territori d'origine, a cavallo tra Laos, Cambogia e Cina), popolazione che Walt, reduce dalla Corea, ha in tempo di guerra combattuto e ucciso.

Walt rifiuta qualsiasi contatto con questo mondo.

## Non è mai troppo tardi: il cambiamento di Walt

Lo vediamo all'inizio insultare tutti: litiga e offende figli, nuore e nipoti, caccia il sacerdote che vuole accoglierlo dopo la morte della moglie, apostrofa i vicini immigrati, che non conosce nemmeno, con pesanti affermazioni razziste, ringhia, aggredisce.

Poi accade l'episodio del tentativo di

furto della Ford eseguito da Thao ma per sottostare al rito di iniziazione di una gang, capeggiata dal cugino, che lo perseguita e, paradossalmente, la rabbia inizia a sbollire: Thao è sprovveduto e tenero, sperduto in un mondo nel quale non ha nessuno che gli dia una dritta su come muoversi; Sue, la sorella, è gentile e brillante, i parenti continuano a portargli doni sulla veranda di casa, fiori, piatti tipici, riconoscenti di non avere denunciato Thao e di farlo lavorare per lui per riparare al tentativo di furto.

Lentamente, seguendo le vicende di questo gruppo di popolazione “assolutamente straniero”, Walt diventa amico di questi strani vicini di casa e capisce di avere più in comune con loro che con la sua famiglia, con i suoi figli viziosi. “Cristo santo, ho più cose in comune con questi musci gialli che con la mia famiglia”, dice.

E succede quello che mai si sarebbe aspettato. Nasce una profonda e delicata amicizia tra Walt e Thao, entrambi soli nel nuovo difficile mondo, il primo perché troppo avanti con gli anni e il se-

condo perché proveniente da culture ed esperienze lontanissime.

Ma la vicenda si complica.

La banda di bulli minaccia e colpisce. Colpisce con ferocia e viltà, come colpisce il branco, e semina dolore e distruzione nella famiglia vietnamita.

Bisogna fare giustizia. Una giustizia che la legge non può garantire, perché nessuno parla, nessuno denuncia. Tocca a Walt che sfida e affronta i bulli della banda.

#### **La responsabilità di Walt: uomo etico**

E alla fine come totale apertura all'Altro, l'amico Thao e la sua famiglia, porta Walt – già molto malato – a fare un passo definitivo: farsi egli stesso carico delle ingiustizie della vita. Il solitario Walt, anche allo scopo di dare un significato alto e profondo alla propria vita, decide di fare giustizia per quella famiglia di musci gialli verso cui in principio ringhiava.

E va così incontro alla morte con un accendino in tasca, unica arma possibile, e

sacrifica la sua vita per gli altri.

E la splendida Gran Torino – grande amore della sua vita – viene nel testamento consegnata al nuovo amico “Lascio la mia auto da corsa '72 Gran Torino ... alla persona che più lo merita, Thao Vang Lor. A meno che tu non scoperchi il tetto come uno (str.) messicano, non aggiunga quelle ridicole fiamme sulla fiancata come ogni coatto bianco, e non monti quegli spoiler da checca come sulle auto degli altri musci gialli. Fa veramente schifo...” (dal testamento di Walt).

L'immagine finale di Thao che guida la Gran Torino è un capolavoro cinematografico e un momento di grande commo- zione.

#### **Possibili temi sui quali lavorare**

Il film affronta più temi e come osservato tutti molto importanti. Si potranno quindi raccogliere le prime impressioni degli spettatori con tecniche semplici, chiedendo loro di dire la prima parola che viene in mente per “fotografare” il



Gran Torino, Clint Eastwood, 2008

film; le parole saranno poi raccolte tutte e ordinate per affinità. Su questo raggruppamento di temi si potrà proporre un confronto più approfondito. Questo primo passo è indispensabile anche per percepire aspettative e sensibilità del pubblico di fronte ad un film che ha un notevole impatto emotivo sulle persone. Solo un accenno ai temi sui quali si potrà lavorare:

#### 1. La solitudine di Walt

La solitudine di Thao

*Due periodi della vita a confronto*

Alcune domande:

Quali sono i momenti del film che delineano “il sentirsi soli” in vecchiaia e in adolescenza?

Quali sentimenti provano i protagonisti? Cosa dà Walt a Thao e viceversa?

Esperienze personali di incontri e amicizie tra vecchi e ragazzi

#### 2. Walt e la sua famiglia

La vecchia hmong e la sua famiglia

Il nonno Walt e le sue nipoti

La nonna hmong e Thao e Sue

*Diversità di relazioni, diversità di culture, prossimità di sentimenti ed emozioni*

Alcune domande:

Nel corso del film come sono descritti i rapporti familiari?

Quali tratti li caratterizzano?

In particolare quali elementi caratterizzano le relazioni tra nonno- nonna e nipoti?

Quali tratti sono comuni e quali distinguono le due culture quella occidentale e quella orientale?

Esperienze personali

#### 3. L'incontro di Walt con Thao e Sue: aprirsi agli altri

*L'Altro. Gli altri*

In questo caso sarà analizzato e approfondito il percorso di *avvicinamento* tra Walt e Thao, dapprima con la mediazione di Sue e poi con l'intero e vasto gruppo familiare fino al sacrificio e al testamento dell'anziano.

La narrazione potrà essere vista dalla parte di Walt e dalla parte di Thao (o di

Sue e Thao), individuando una serie di momenti e scene precise all'interno del film, e quindi seguendo la successione di sensazioni e sentimenti dei protagonisti principali e secondari.

#### **In conclusione**

Gran Torino ci narra come ad ogni età si possa cambiare, abbattendo magari vecchi preconcetti che non valorizzano ma demonizzano le differenze tra popoli e tra uomini e che provocano solitudine e sofferenza, ma Gran Torino è soprattutto la storia di un'amicizia che nasce tra un vecchio che va verso la morte e un ragazzino che va verso la vita.

Un bellissimo incontro tra due esseri umani, due periodi della vita, due visioni del mondo.

*Paola Beatini,*

*Dottore di ricerca in educazione sanitaria  
Centro Sperimentale per la promozione della  
Salute e l'Educazione Sanitaria, Università  
degli Studi di Perugia*



Gran Torino, Clint Eastwood, 2008

Dossier

Dossier

## Health literacy, educazione, promozione

a cura di Giancarlo Pocetta

Storia di una ladra di libri, Brian Percival, 2013

*Viviamo nella società delle informazioni. Ogni giorno riceviamo notizie a voce, sulla carta stampata e massimamente in rete. Anche per quanto riguarda la nostra salute. E come professionisti, dall'altra sponda diamo informazioni.*

Promuovere salute nei contesti rappresenta l'idea guida e la visione strategica del nostro lavoro. Ci piace, così, presentare il dossier partendo da questa definizione di *health literacy* della Kickbusch: "La capacità di prendere decisioni consapevoli ed efficaci riguardanti la propria salute all'interno dei vari contesti di vita: a casa, nella comunità, sul luogo di lavoro, nel sistema sanitario, nell'arena politica (Kickbusch, 2006).

L'health literacy rappresenta il risultato di una vasta gamma di attività di educazione sanitaria e di comunicazione, un risultato chiave dell'educazione sanitaria, in quanto la sua funzione è quella non di ottenere informazioni, ma di sviluppare capacità, la capacità di utilizzare informazioni per la salute dell'individuo e della comunità (Nutbeam, 2000).

Comprende conoscenze, motivazioni e competenze utili per accedere, capire, valutare e utilizzare informazioni sul-

la salute, esprimere giudizi e prendere decisioni nella vita di tutti i giorni che riguardano l'assistenza sanitaria, la prevenzione delle malattie e la promozione della salute per mantenere e migliorare la qualità della vita per tutta la vita. Numerose ricerche hanno evidenziato che contribuisce a migliore salute auto-riferita, a minori costi di assistenza sanitaria, a ospedalizzazioni più brevi, a minor uso dei servizi sanitari.

Costituisce un'importante strategia di empowerment. Per l'individuo, migliora: le conoscenze dei rischi, l'utilizzo dei servizi, l'aderenza ai trattamenti, la capacità di agire in modo autonomo, la motivazione e la fiducia in se stessi, la resilienza rispetto ad avversità sociali ed economiche. Per la comunità, migliora: la partecipazione ai programmi di salute, la capacità di influenzare le norme sociali e di interagire con i gruppi sociali e la capacità di agire sui determinanti sociali ed economici di salute.

Recenti studi sull'health literacy hanno enfatizzato il superamento del focus sull'individuo: la prospettiva deve essere spostata a livello sociale. Viene sottolineata l'importanza di capacità e competenze di ciascuna fra tutte le parti

coinvolte nella comunicazione e nelle decisioni sulla salute: pazienti, professionisti, educatori, sistema sanitario, sistema educativo, sistema culturale e società nel suo complesso.

**Bibliografia:**

- Kickbusch I, Maag D. Health Literacy: towards active health citizenship. In: Sprenger M, ed. Public health in Österreich und Europa. Festschrift Horst Noack. Graz, 2006; 151-8.
- Nutbeam D Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000; 15 (3): 259-67.

## Promozione della salute: literacy come strumento di empowerment

Paolo Contu

Pensieri pericolosi, John N. Smith, 1995

Il termine health literacy è sempre più utilizzato in sanità pubblica e promozione della salute, ma spesso il suo significato e le sue implicazioni sulle politiche sanitarie sono ambigui o addirittura contraddittori.

Spesso la sanità pubblica considera la literacy come uno strumento per favorire la compliance e di conseguenza il raggiungimento di obiettivi definiti dalle autorità sanitarie. Al contrario la literacy può essere un potente strumento di promozione della salute che mette in grado individui e comunità di accrescere il controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Questo articolo si propone di esplorare, attraverso sei tappe, caratteristiche e sfide dell'health literacy:

- Che cosa significa health literacy?
- Quali sono gli obiettivi dell'health literacy?
- Quali sono i domini e i livelli delle competenze di health literacy?
- In quali ambiti è importante l'health

literacy?

- Qual è la relazione tra health literacy e promozione della salute?
- Quali sono le sfide per un'health literacy integrata nella promozione della salute?

### Che cosa significa health literacy?

Il Glossario OMS di promozione della salute riferisce il concetto di health literacy alle abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di acquisire, comprendere e utilizzare informazioni in modo da promuovere e mantenere la propria salute.

L'health literacy implica il raggiungimento di un livello di conoscenza, competenze e fiducia in se stessi tali da indurre gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della comunità, modificando gli stili di vita individuali e le condizioni del contesto fisico e sociale (1).

### Quali sono gli obiettivi dell'health literacy?

Gli obiettivi dell'health literacy possono essere descritti in relazione ai tre livelli proposti da Nutbeam, in una logica di empowerment, come una scala di sviluppo progressiva verso una crescente autonomia dei singoli e delle comunità. Nel **livello funzionale** lo scopo è favorire la compliance e la correttezza di esecuzione rispetto alle prescrizioni preventive, diagnostiche e terapeutiche. Gli obiettivi si limitano alla conoscenza di termini e tecniche relative a procedure sanitarie (capacità di lettura e comprensione di informazioni e indicazioni fornite dagli operatori sanitari), dei fattori di rischio, dell'offerta dei servizi sanitari.

Nel **livello interattivo** lo scopo è favorire l'autonomia individuale (prendere decisioni informate sulla propria salute) nel confronto con gli operatori sanitari e i pari (gruppi di auto-aiuto e discussione on-line). Gli obiettivi riguardano

la capacità di comprendere, valutare ed utilizzare informazioni derivanti da fonti diverse per scegliere in modo consapevole le opzioni più adeguate.

Nel **livello critico** lo scopo è favorire la piena autonomia dell'individuo e la sua partecipazione efficace all'azione sociale e politica. Gli obiettivi riguardano la capacità di raccogliere, comprendere, valutare criticamente, comunicare e applicare informazioni non solo sulla propria salute individuale, ma anche sulla qualità dei servizi offerti, sui determinanti di salute nell'ambiente fisico e sociale e sulle politiche di salute (2-5).

### Quali sono i domini delle competenze di health literacy?

L'health literacy include quattro specifici domini di competenze:

- Accedere - abilità di cercare e acquisire informazione;
- Comprendere - abilità di comprendere l'informazione ottenuta e trarne un significato;
- Valutare - abilità di interpretare, filtrare, giudicare e valutare criticamente l'informazione ottenuta;
- Applicare - abilità di utilizzare e comunicare l'informazione ottenuta per prendere decisioni individuali e collettive (6).

### Qual è la relazione tra health literacy e promozione della salute?

L'obiettivo della promozione della salute non è convincere o costringere ad adottare stili di vita sani definiti da esperti con un approccio top-down, ma garantire, attraverso un'azione comunitaria, condizioni che permettano a tutti di raggiungere, secondo la propria visione della vita, benessere e salute.

Per la Carta di Ottawa la promozione della salute è il processo che mette in

grado individui e comunità di accrescere il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Individui e comunità devono essere capaci di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della propria vita e sull'ambiente circostante (7).

La Dichiarazione di Shangai riconosce l'health literacy come un determinante fondamentale della salute e un fattore di empowerment ed equità. L'health literacy non è solo una risorsa personale, ma produce benefici sociali garantendo ai cittadini gli strumenti per svolgere un ruolo attivo nella società, impegnarsi con successo nell'azione comunitaria e agire sui governi perché assumano le proprie responsabilità verso equità e salute (8).

In particolare la literacy gioca un ruolo essenziale in due delle azioni strategiche della Carta di Ottawa: **“Sviluppare le abilità personali”** e **“Rafforzare l'azione comunitaria”**.

La literacy favorisce lo sviluppo individuale e sociale attraverso informazione, educazione e acquisizione di abilità di vita. In questo modo, le persone possono esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e sul proprio ambiente, fare scelte favorevoli alla salute, apprendere durante tutta la vita preparandosi ad affrontare le sue diverse tappe e a fronteggiare le malattie croniche.

La literacy consente la partecipazione a una concreta ed efficace azione della comunità nel definire priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare strategie. Lo sviluppo della comunità richiede un pieno e continuo accesso alle infor-

mazioni e la possibilità di conoscere le opportunità di salute (9).

Appare evidente come solo il livello critico di literacy, orientato alla piena autonomia dell'individuo e alla sua partecipazione all'azione sociale e politica, risponda alle esigenze della promozione della salute.

La promozione della salute è infatti una visione aperta. Le asserzioni sulla salute non derivano automaticamente dall'evidenza scientifica, ma sono condizionate da cultura, valori, ideologie, storia di individui e comunità. È pertanto irragionevole sostenere che uno specifico obiettivo di salute sia l'unico vero e valido; ogni persona ha diritto alla libertà di vivere come desidera secondo i propri valori e le proprie aspirazioni (10-12).

A livello comunitario il problema è reso più complesso dalla necessità di conciliare visioni differenti in politiche pubbliche comuni. L'evidenza scientifica è utile, ma deve essere sottomessa a un continuo dibattito pubblico, che coinvolga tutti i cittadini e sia condotto nel modo più onesto e partecipativo e col coinvolgimento di visioni e prospettive alternative (13-15).

Molte delle sfide cruciali dell'umanità (produzione di energia pulita, prevenzione delle malattie, disponibilità di acqua potabile, strutture sanitarie ed educative, risorse ambientali...) non possono essere valutate e affrontate senza basi scientifiche e tecnologiche. Pertanto i cittadini hanno necessità di competenze adeguate per comprendere gli elementi fondamentali e le implicazioni sociali e politiche del dibattito tecnico-scientifico in modo da partecipare consapevolmente al processo democratico. Un cit-



Pensieri pericolosi, John N. Smith, 1995

tadino competente è consapevole delle tematiche pubbliche cruciali e ha la capacità di acquisire, comprendere e valutare criticamente gli elementi essenziali di natura tecnico-scientifica (inclusa la qualità delle fonti e dei metodi utilizzati), ragionare sulla base dell'evidenza e applicare le conclusioni di tale ragionamento alle decisioni pubbliche (16-21).

### **Quali sono le sfide per un'health literacy integrata nella promozione della salute?**

La "literacy" è un diritto umano fondamentale e il prerequisito per un apprendimento continuo nel corso della vita. È essenziale per lo sviluppo individuale e sociale e rappresenta uno strumento di empowerment per individui e comunità favorendo la partecipazione ai processi decisionali e alle azioni per rimuovere le barriere personali, strutturali, sociali ed economiche e assumere il controllo della propria vita e della propria salute (22). La literacy è fondamentale per parteci-

pare consapevolmente al processo decisionale democratico, grazie all'abilità di acquisire, comprendere e valutare criticamente gli elementi essenziali di natura tecnico-scientifica, valutare la qualità dell'informazione scientifica sulla base delle fonti e dei metodi utilizzati, ragionare sulla base dell'evidenza e applicare le conclusioni di tale ragionamento alle decisioni pubbliche.

Spesso la sanità pubblica e i servizi sanitari ignorano la visione di literacy come strumento di empowerment (livello critico) e si limitano a promuovere l'alfabetizzazione strettamente necessaria la compliance e la correttezza di esecuzione rispetto alle prescrizioni preventive, diagnostiche e terapeutiche (livello funzionale). Invece di favorire lo sviluppo di una comunità di cittadini competenti e autonomi si preferisce puntare sull'addestramento di pazienti correttamente obbedienti.

Le due visioni della literacy corrispondono alla tensione tra la visione politica e ambientale della promozione della salute della Carta di Ottawa e la versione riduttiva che è stata spesso adottata dalla sanità pubblica.

La visione originale "bottom-up" della Carta di Ottawa mira a "permettere alle persone di aumentare il controllo della loro salute", mira esplicitamente a cambiamenti sociali e politici e riconosce l'empowerment come sfida al disequilibrio di potere tra professionisti e cittadini. Ha necessità di cittadini competenti con un livello critico di literacy.

La versione riduttiva "top-down", più orientata alla prevenzione delle malattie, coinvolge gruppi o individui specifici in tematiche e attività definite in gran parte dalle agenzie sanitarie e considera il miglioramento di specifici comportamenti come risultato principale. L'empowerment è considerato solo come

uno strumento per il cambiamento del comportamento individuale. Non prevede la necessità di andare oltre un livello funzionale di literacy che consenta di comprendere i messaggi educativi e terapeutici dei professionisti (23).

Non è la stessa cosa intendere la promozione della literacy come addomesticamento (educazione sanitaria tradizionale) oppure come pratica di libertà partecipativa e trasformativa. Nel primo caso la formazione è tesa esclusivamente al perseguimento di obiettivi sanitari a breve termine, nel secondo invece si tratta di mettere le persone in grado di agire in autonomia e di lavorare collettivamente per il cambiamento (24).

Per utilizzare pienamente la literacy nella promozione della salute è quindi essenziale attribuirle pienamente il ruolo di strumento empowerment per la creazione di una comunità di cittadini competenti. Questo implica che i professionisti accettino la sfida di passare da tutori della salute di pazienti e popolazioni incapaci di prendersi cura di sé a promotori e facilitatori di processi decisionali individuali e collettivi.

La piena ed efficace partecipazione dei cittadini a questi processi implica la necessità di sviluppare a livello avanzato un ampio set di competenze:

- cercare, trovare, acquisire, comprendere e interpretare, filtrare, giudicare e valutare criticamente informazioni, al fine di valutare criticamente l'ambiente fisico e sociale (health literacy),
- partecipare al dibattito pubblico su salute, ambiente, conoscenze scientifiche e visioni culturali (scientific literacy),
- partecipare attivamente ai processi

decisionali e alla definizione di politiche e strategie (civic literacy) (25-29). Queste competenze devono essere diffuse nella popolazione, anche per rispettare il principio di equità della promozione della salute. A questo scopo è opportuno un riorientamento verso la literacy delle strategie comunicazione ed educazione per la salute soprattutto in ambito scolastico, lavorativo e di formazione permanente (30-32).

Il passaggio da una literacy per la compliance a una literacy per l'empowerment può rappresentare un cambiamento rivoluzionario nella sanità pubblica e uno strumento potente per la gestione democratica di tematiche sociali ad elevato contenuto scientifico.

Istruitevi, perché avremo bisogno di tutta la nostra intelligenza.

Agitatevi, perché avremo bisogno di tutto il nostro entusiasmo.

Organizzatevi, perché avremo bisogno di tutta la nostra forza (33).

### Bibliografia:

1. WHO Health Promotion Glossary, 1998 <http://www.dors.it/documentazione/tes-to/201201/health%20literacydef.pdf>
2. Nutbeam D: Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000, 15(3):259-267. <http://www.healthliteracy.org.uk/>
3. Sørensen et al.: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012 12:80.
4. Mancuso JM: Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008, 10:248-255 [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/.../e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/.../e96854.pdf)
5. Magasi S, Durkin E, Wolf MS, Deutsch A: Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: a health literacy perspective. *Arch Phys Med Rehabil*

- 2009, 90(2):206-212.
6. Sørensen et al.: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012 12:80.
7. Ottawa Charter <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
8. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development (2016) <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>
9. Ottawa Charter <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
10. Seedhouse D *Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice*. 2nd ed. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd; 2004
11. Seedhouse D *Health: The Foundations for Achievement*. 2nd ed. Chichester: John Wiley and Sons; 2001.
12. Carter SM, Cribb A, Allegrante JP *How to Think about Health Promotion Ethics* *Public Health Reviews*, Vol.34, No1
13. Saan H, Wise M *Enable, mediate, advocate*. *Health Promotion International*, Vol. 26 No. S2 2011
14. Sen, Amartya (2009a) 'Capability: Reach and Limit', in: Enrica Chiappero-Martinetti (ed.), *Debating Global Society. Reach and Limit of the Capability Approach*, Milan: Feltrinelli, pp. 15-28.
15. Sen, A. (2009b) *The Idea of Justice*, London: Allen Lane.
16. European Commission. *White Paper on Education and Training*. Brussels, Belgium: European Commission; 1995.
17. Committee on Science Literacy and Public Perception of Science; Board on Science Education; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Snow CE, Dibner KA, editors. *Science Literacy: Concepts, Contexts, and Consequences*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Oct 14.
18. Rudolph JL, Horibe S. What do we mean by science education for civic engagement? *Journal of Research in Science Teaching*. 2015;53(6):805-820
19. National Science Education Standards: <http://www.nap.edu/readingroom/books/nse>
20. Mancuso JM: Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008, 10:248-255
21. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS: Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int* 2005, 20(2):195-203.

22. <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-building-blocks/literacy/>
23. Mereu A, Sotgiu A, Buja A, Casuccio A, Cecconi R, Fabiani L, Guberti E, Lorini C, Minelli L, Pocetta G, Contu P, and the Health Promotion Working Group of the Italian Society of Hygiene, Preventive Medicine and Public Health (SIIP) Professional competencies in health promotion and public health: what is common and what is specific? Review of the European debate and perspectives for professional development
24. Telleri F in Mayo P Gramsci, Freire e l'educazione degli adulti. Carlo Delfino editore Sassari, 2007
25. Sørensen et al.: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012 12:80.
26. Mancuso JM: Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nurs Health Sci 2008, 10:248-255
27. Nutbeam D: Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000, 15(3):259-267.
28. <http://www.healthliteracy.org.uk/>
29. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/.../e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/.../e96854.pdf)
30. Nutbeam D: Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000, 15(3):259-267.
31. Mancuso JM: Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nurs Health Sci 2008, 10:248-255
32. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS: Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int 2005, 20(2):195-203.
33. Gramsci A L'Ordine Nuovo, anno I, n. 1, 1° maggio 1919

*Paolo Contu,  
Professore ordinario di Igiene Generale  
e Applicata, Dipartimento di Scienze  
Mediche e Sanità Pubblica, Università di  
Cagliari*



Pensieri pericolosi, John N. Smith, 1995

### Health literacy

Maria Silvia Iovine, Donatella Panatto, Roberto Gasparini, Daniela Amicizia

Il buio oltre la siepe, Robert Mulligan, 1962

L'*health literacy*, strettamente legata all'*empowerment*, è un processo dinamico, duttile, che si articola su più livelli (1). In quello più alto troviamo l'*health literacy* in ambito preventivo; in questo contesto una criticità è la mancanza di percezione del rischio da parte della popolazione, pertanto risulta difficile trasmettere alla collettività l'importanza della prevenzione, soprattutto quando si tratta di prevenzione primaria, diretta a individui sani per malattie che potrebbero accadere in un futuro non meglio precisato. Tuttavia, azioni mirate in questo campo non sono sufficienti senza un approccio globale alla persona, che parta dall'"alfabetismo funzionale" di base, vale a dire far acquisire le abilità che permettono all'utente di capire cosa è raccomandato, prescritto, ecc. Tali capacità, fondamento sul quale articolare una *health literacy* per la prevenzione e la promozione della salute, sono strettamente dipendenti dalla relazione che il cittadino/utente riesce a instaurare con il professionista sanitario. La creazione di un rapporto di fiducia permetterà alla persona di sentirsi a proprio agio nel do-

mandare eventuali chiarimenti, migliorando la propria condizione di salute e aumentando il proprio bagaglio di conoscenze. È chiaro che l'*health literacy* dipenda anche dal grado complessivo di alfabetizzazione della persona e sia direttamente proporzionale al livello di scolarità: il livello di scolarità è correlato al livello socio-culturale, economico, e, più in generale, allo stile di vita della persona. A queste considerazioni, tuttavia, sono da affiancarsi alcune riflessioni in merito al rapporto medico-paziente e, più in generale, professionista della salute-utente. Trattandosi di una relazione tra due (o più) persone, sarebbe riduttivo (e ingiusto) scaricare le responsabilità dell'alfabetizzazione solo sul paziente/utente poiché i professionisti della salute devono impegnarsi in prima persona nella comunicazione, accertandosi sempre che il paziente/utente abbia acquisito piena consapevolezza. Per migliorare l'*health literacy* della popolazione è quindi necessario partire dalla pratica quotidiana: il professionista della salute deve essere l'alfiere di un cambiamento culturale e avere come

obiettivo finale l'alfabetizzazione alla salute. Come medici, la nostra guida deve essere il Codice Deontologico: la relazione con il cittadino-utente deve essere "fondata sulla reciproca fiducia e [...] su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura"; ancora, il medico deve garantire "un'informazione comprensibile ed esaustiva [...], corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi" (2). La spinta verso una migliore *health literacy* dei pazienti/utenti deve comprendere ogni tipo di *media*, sia la comunicazione scritta e orale, sia i mezzi di comunicazione multimediale, compresi quelli necessari per agevolare l'orientamento dei pazienti tra le varie strutture.

In particolare, oggi si pone un problema urgente: il rapporto tra *health literacy* e i nuovi *media*. Non sarà possibile un miglioramento capillare dell'alfabetizzazione sanitaria finché le persone non avranno familiarità con il "meto-

do scientifico” in senso lato, compresa la verifica delle fonti. In questo modo, ogni cittadino sarà preparato contro le argomentazioni pseudoscientifiche più comuni che puntano sull’emotività e su fallacie logiche riconoscibili (falsa equivalenza, fallacia naturalistica, *cherry picking*, fallacia *ad hominem*, *argumentum ad verecundiam*...). D’altronde, la natura stessa degli algoritmi dei motori di ricerca e dei *social network* espone gli utenti a continui *bias* di conferma. Il miglioramento della *health literacy* non può quindi essere slegato da un approccio globale, che offra, fin dall’infanzia, gli strumenti necessari per essere in grado di approcciarsi al mondo di *internet*. Il livello di conoscenze scientifiche potrebbe essere considerato un indicatore

per la valutazione della *health literacy*, in quanto direttamente proporzionale al livello di istruzione. Non a caso, infatti, le fasce d’età più “fragili” in questo senso sono gli ultrasessantenni con un basso livello di istruzione (3). Dato che gli italiani con più di 65 anni rappresentano il 22,3% della popolazione (4) ed è proprio questa fascia di età che vede la massima incidenza di individui con solo la licenza elementare (57,8 %) (5), in particolare tra le donne, è evidente come questa sia la parte di popolazione che necessita delle soluzioni più urgenti. Ciò non può e non deve impedirci di investire anche sulla formazione dei giovani, con la consapevolezza che i giovani di oggi saranno i genitori, i nonni, ma anche i professionisti della salute di domani.

Maria Silvia Iovine, Donatella Panatto,  
Roberto Gasparini, Daniela Amicizia  
Dipartimento di Scienze della Salute,  
Università degli Studi di Genova

#### Bibliografia:

1. OMS, 1998;
2. Codice di deontologia medica, artt. 20, 33;
3. L’Osservatorio Scienza Tecnologia e Società;
4. Fonte ISTAT al 1° gennaio 2017 <http://www.istat.it/it/archivio/197544>;
5. ISTAT 2015.



Il buio oltre la siepe, Robert Mulligan, 1962

# Health literacy: un concetto decisivo per la sanità pubblica

*Stephan Van den Broucke*

Non uno di meno, Zhang Yimou, 1999

*L'health literacy è un determinante maggiore di salute*

Il concetto di health literacy è divenuto argomento rilevante in sanità pubblica. Dalla sua introduzione negli anni '70, si è assistito ad un incremento esponenziale della letteratura scientifica dedicata.

Ad oggi, più di 5700 pubblicazioni sono elencate in PubMed ed oltre 5300 in Scopus, un'altra banca dati. Il 75% delle pubblicazioni sono state realizzate negli ultimi cinque anni.

L'interesse per l'health literacy era principalmente focalizzato sulle *prestazioni cliniche* con conseguente valore limitato: capacità di decifrare il linguaggio medico, interpretare formulazioni, calcolare dosaggi.

Nel corso degli anni, il concetto si è progressivamente ampliato includendo abilità più complesse e interconnesse, dal capire le informazioni sanitarie al saper comunicare le proprie esigenze agli operatori sanitari all'aderire alle terapie [1, 2].

**Pensiero critico e comportamento favorevole.**

I primi studi rilevavano un'associazione tra basso livello di health literacy e scarsa aderenza terapeutica, limitate capacità di ottenere assistenza e scelte terapeutiche mediocri.

Osservazioni e dati arricchitosi con l'estensione del concetto alla sanità pubblica.

Si aggiungono progressivamente studi che dimostrano come le persone con scarsa health literacy siano meno suscettibili all'adozione di comportamenti favorevoli alla salute [3], all'adesione a programmi di screening [4, 5], al ricorso ai servizi di prevenzione [6].

Lo stesso concetto continua a svilupparsi e oggi include anche la capacità di cercare informazioni sulla salute, prendere decisioni, risolvere problemi, *mettere in moto* il pensiero critico, potere e saper comunicare: in definitiva disporre di abilità sociali, personali e cognitive imprescindibili per beneficiare del sistema sanitario.

**In Europa una preoccupante constatazione**

La recente estensione - di senso e portata - del concetto di health literacy è ben resa dalla sua definizione, esito di una approfondita analisi delle definizioni esistenti, proposta da Sørensen *et al.* [1] per i quali essa implica "la conoscenza, le competenze, la motivazione e la capacità di un individuo di identificare/reperire, comprendere, valutare e utilizzare informazioni sulla salute per assumere decisioni in contesti di assistenza sanitaria, prevenzione delle malattie e promozione della salute, al fine di mantenere o migliorare la qualità della vita nel corso dell'esistenza". Una definizione che include la prospettiva sia medica che di sanità pubblica e le conoscenze e competenze necessarie per soddisfare i complessi bisogni di una società moderna, che il soggetto sia malato, a rischio o adotti comportamenti di salute. Dunque l'health literacy è considerata un determinante di salute pubblica e allora qual è il suo livello all'interno della popolazione?

I dati disponibili indicano che il basso

livello di health literacy è più diffuso di quanto ci si potesse immaginare. Negli Stati Uniti, quasi la metà della popolazione adulta mostra difficoltà nell'appropriarsi di informazioni sanitarie [7]. In Europa il 12% degli intervistati mostra una insufficiente health literacy e il 35% limitata, secondo i risultati dell'Indagine Europea sull'health literacy (HLS-UE) [8]. La prevalenza del basso livello varia notevolmente da paese a paese (dal 2% dei Paesi Bassi al 27% della Bulgaria) e tra gruppi all'interno delle popolazioni [9].

## Le raccomandazioni l'Organizzazione Mondiale della Sanità

Per invertire questa situazione, definita dai ricercatori "epidemia della scarsa health literacy"[10] si è reso necessario agire per incrementare il livello della health literacy della popolazione.

L'Ufficio regionale OMS per l'Europa in un documento strategico [9] richiama ad un'azione multi - livello:

- garantire una migliore comunicazione sulla salute, stabilendo linee guida che tengano maggiormente in conto il concetto di health literacy;
- creare e rafforzare contesti favorevoli all'health literacy;
- sviluppare politiche per affrontare l'health literacy a livello locale, nazionale e internazionale.

Queste azioni devono essere attuate a livello territoriale, il più possibile vicino alla gente per emancipare le persone consentendo loro di prendere decisioni ad impatto positivo sulla loro salute nella quotidianità: a casa, nella comunità, nel luogo di lavoro, rispetto ai sistemi sanitari ed educativi, ecc.

Il sistema sanitario può costituire un esempio costruendo contesti di cura in grado di rendere autonomi i pazienti e

promuovere l'acquisizione di un più alto livello di health literacy.

Responsabili politici, professionisti, società civile e settore privato dovrebbero contribuire a raccogliere le sfide dell'health literacy. Dal loro canto, organismi internazionali e regionali, come l'OMS, l'Unione europea (UE) e il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite (ONU) possono costituire piattaforme politiche e sociali per le azioni da attuare.

## Incrementare i livelli di alfabetizzazione: fondare la politica sulla ricerca

Di fronte alla sfida di innalzare il livello di health literacy, le azioni da implementare dovrebbero basarsi fortemente sulla ricerca. Il crescente numero di studi sull'argomento fornisce una profonda e vasta base di conoscenze e già si dispone di una serie di misure sofisticate e ben validate per l'health literacy [11,13]. Si hanno a disposizione anche lavori che dimostrano la correlazione tra uno scarso livello di health literacy e un più basso stato di salute.

Permangono tuttavia lacune significative in ambito conoscitivo. Ad esempio le associazioni tra health literacy e disuguaglianze di salute tra gruppi di popolazione non sono ancora ben compresi. Occorrono ricerche più per ovviare allo scarto esistente tra capacità individuali ed esigenze derivate dalla società e dal sistema sanitario; per valutare l'impatto, in materia di health literacy, dei nuovi dispositivi di comunicazione, come le tecnologie informatiche; per esplorare l'uso potenziale dell'health literacy [14] nella valutazione degli esiti dell'educazione alla salute. In un articolo pubblicato più di un decennio fa, l'American Medical Association [7] identificava quattro priorità per la ricerca in health

literacy:

- migliorare il livello di monitoraggio dell'health literacy;
- migliorare la comunicazione con i pazienti con scarsa health literacy;
- studiare l'impatto di una bassa health literacy sulla salute e sui costi correlati;
- identificare le relazioni causali tra un basso livello di health literacy e gli esiti di salute.

Tuttavia, si dovrebbe andare oltre ponendosi i seguenti interrogativi:

- come integrare l'health literacy nei programmi di formazione per i professionisti sanitari?
- come passare da un focus sull'health literacy individuale ad uno sguardo più ampio e sociale, vale a dire pensare a organizzazioni che includano l'health literacy nella loro politica organizzativa per meglio tenere conto degli individui scarsamente dotati in tal senso?
- come articolare l'health literacy a livello di popolazione, tenuto conto dell'azione dei media e delle nuove tecnologie?

In conclusione, la comunità internazionale di sanità pubblica si trova dinanzi a una grande problematica: sostenere organizzazioni di ricerca e ricercatori per rispondere a tali questioni e, al contempo, rispondere alla sfida rappresentata da un basso livello di health literacy nella popolazione.

## L'essenziale

- l'health literacy è considerata un determinante di sanità pubblica. Con questo termine si intendono la motivazione e le competenze degli individui ad accedere, comprendere, valutare e fruire dell'informazione per prendere decisioni circa la loro

salute.

- Il livello di health literacy è preoccupante, in particolare in Europa.
- Migliorare il livello di health literacy, in modo che la popolazione sia in grado di gestire meglio la propria salute, costituisce una importante sfida di salute pubblica.
- Occorre attuare azioni per invertire la rotta: decifrare i meccanismi ostacolanti l'accesso ad un sufficiente livello di health literacy, considerare il problema nelle politiche pubbliche, creare ambienti inclusivi rispetto ai gruppi di popolazione con bassi livelli di health literacy, curare l'efficacia comunicativa. Va inoltre intrapreso un grande sforzo di ricerca a livello internazionale per incrementare il grado di health literacy a livello di popolazione.

### Bibliografia:

1. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, vol. 12, no 80. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292515/pdf/14712458-12-80.pdf>
2. Peerson A., Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, no 3 : p. 285–296. En ligne: <https://pdfs.semanticscholar.org/a8c6/4a47a-25e60299a2929bb1f27fbaaedb46f21.pdf>
3. Kaufman H., Skipper B., Small L., Terry T., McGrew M. Effect of literacy on breastfeeding outcomes. *Southern Medical Journal*, 2001, vol. 94, no 3 : p. 293–296.
4. Dolan N.C., Ferreira M.R., Davis T.C., Fitzgibbon M.L., Rademaker A., Liu D. et al. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? *Journal of Clinical Oncology*, 2004, vol. 22, no 13 : p. 2617–2622. En ligne : <http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2004.10.149>
5. Lindau S.T., Tomori C., Lyons T., Langseth L., Bennett C.L., Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, vol. 186, no 5 : p. 938–943.
6. Scott T.L., Gazmararian J.A., Williams M.V., Baker D.W. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 2002, vol. 40, no 5 : p. 395–404.
7. Institute of Medicine. *Health Literacy: A Prescription to end Confusion*. Washington DC : The National Academies Press, 2004 : 346 p.
8. Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLSEU). *European Journal of Public Health*, 2015, vol. 25, no 6 : p. 1553–1558. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/pdf/ckv043.pdf>
9. Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A. (éds.) *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen : World Health Organization (WHO), 2013 : 86 p. En ligne : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
10. Davis T, Wolf M.S. Health literacy: implications for family medicine. *Family Medicine*, 2004, vol. 36, no 8 : p. 595–598. En ligne : <http://www.stfm.org/fmhub/fm2004/September/Terry595.pdf>
11. Sørensen K., Van den Broucke S., Pelikan J.M., Fullam J., Doyle G., Slonska Z. et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLSEUQ). *BMC Public Health*, 2013, vol. 13, no 948. En ligne: <http://download.springer.com/static/pdf/113/art%253A10.1186%252F1471245813948.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmc-publichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471240.1186%25252F1471245813948.pdf?~hmac=e7d435d9006f8723fdd3f4a4c06ba5b459f8abe5b6a5f19e82c801469c7f3240>
12. Jordan J.E., Buchbinder R., Briggs A.M., Elsworth G.R., Busija L., Batterham R. et al. The health literacy management scale (HeLMS): a measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Education and Counseling*, 2013, vol. 91, no 2 : p. 228–235.
13. Osborne R.H., Batterham R.W., Elsworth G.R., Hawkins M., Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 2013, vol. 13, no 658. En ligne : [http://download.springer.com/static/pdf/965/art%253A10.1186%252F1471245813658.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmc-publichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471245813658&token2=en2=exp=1494422349~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F965%2Fart%25253A10.1186%25252F1471245813658.pdf\\*~hmac=9764dc71b-28be768ffd5ae038d6ce79fecdd21afa89a76c943751fc98de52c7d2](http://download.springer.com/static/pdf/965/art%253A10.1186%252F1471245813658.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmc-publichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471245813658&token2=en2=exp=1494422349~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F965%2Fart%25253A10.1186%25252F1471245813658.pdf*~hmac=9764dc71b-28be768ffd5ae038d6ce79fecdd21afa89a76c943751fc98de52c7d2)
14. Nutbeam D: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, vol. 15, no 3 : p. 259–267. En ligne : <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/15.3.259>

*Stephan Van den Broucke,  
professeur, Institut de recherche en sciences  
psychologiques, université catholique de Louvain,  
Belgique.*

*da la Santé en action – n° 440 – juin 2017*

*traduzione a cura di Edvige Mancinelli*

## Misurare le competenze La ricerca internazionale PIAAC- OCSE\*

*Dal Rapporto nazionale sulle Competenze degli Adulti redatto dall'ISFOL*

*Sintesi a cura di Edvige Mancinelli*

Storia di una ladra di libri, Brian Percival, 2013

Negli ultimi anni si è sviluppata a livello europeo e internazionale la riflessione sul tema delle competenze, non solo per l'importanza di questi nel mercato del lavoro ma anche per il loro impatto su aspetti centrali della vita umana. È necessario comprendere, da una parte il reale possesso di competenze nella popolazione di ogni Paese e i processi di acquisizione e sviluppo; dall'altra il loro effetto sui diversi risultati economici, sociali e personali.

L'utilizzo sempre più esteso delle nuove tecnologie e la globalizzazione aggiungono una forte pressione nel trovare politiche adeguate a garantire che le persone abbiano le competenze necessarie per vivere e lavorare nelle società del XXI secolo. Questi aspetti chiamano in causa i sistemi scolastici e formativi come elementi centrali per lo sviluppo

di abilità e competenze individuali e, nello stesso tempo, pongono l'accento sul ruolo del contesto produttivo e sociale di riferimento (lavoro, tempo libero, gruppi sociali di appartenenza) come sede di applicazione e sviluppo delle abilità e delle competenze.

I luoghi di lavoro, i contesti organizzati, le problematiche della vita quotidiana possono essere considerati i luoghi privilegiati entro i quali le persone traducono operativamente le proprie abilità e competenze, ricercando informazioni pertinenti, prendendo contatto con altri, elaborando schemi interpretativi, utilizzando conoscenze acquisite, mobilitando i propri *network* di riferimento, gestendo sul piano affettivo ed emotivo le diverse situazioni dell'agire personale e professionale.

Allo stesso tempo, si può ritenere che la

ricchezza e complessità del contesto costituiscano una fonte di stimolo per acquisire nuove competenze e mettere alla prova le proprie abilità, attivando processi di valutazione e autovalutazione.

### **Il programma PIAAC**

L'indagine PIAAC, svolta nel 2011-2012 e alla quale hanno aderito 24 Paesi di tutto il mondo<sup>1</sup>, è finalizzata alla valutazione delle competenze della popolazione adulta tra i 16 ed i 65 anni di età.

### **Il rationale del programma**

PIAAC consente ai Paesi di valutare:

1. Australia, Austria, Belgio (Fiandre), Canada, Cipro<sup>1</sup>, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Irlanda, Italia, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Regno Unito (Gran Bretagna e Irlanda del Nord), Repubblica ceca, Repubblica di Corea, Repubblica Slovacca, Russia, Spagna, Stati Uniti di America, Svezia.

\* L'ISFOL (Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori) è un ente nazionale di ricerca che opera nel campo della formazione, del lavoro e delle politiche sociali al fine di contribuire, mediante attività di studio, ricerca, sperimentazione, documentazione e informazione, alla crescita dell'occupazione, al miglioramento delle risorse umane, all'inclusione sociale e allo sviluppo locale. È sottoposto alla vigilanza del ministero del Lavoro e delle politiche sociali. L'ISFOL, su incarico del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha partecipato a PIAAC, realizzando l'indagine italiana. PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies) OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico; in ingl Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD)

L'efficacia dei sistemi di istruzione e formazione nello sviluppo di competenze chiave; gli effetti che queste esercitano su mercato del lavoro, sviluppo sociale e personale dei cittadini, promozione di politiche e riforme istituzionali atte a sostenere efficienti passaggi scuola-lavoro, e favorire lo sviluppo di sistemi di apprendimento per tutta la durata del ciclo di vita.

Da sottolineare che in genere le indagini disponibili forniscono solo dati sugli investimenti in istruzione (anni di scuola) e risultati, quali occupazione, salari, etc.

### *Le competenze misurate*

L'indagine valuta la competenza di adulti in due domini chiave per i processi di elaborazione delle informazioni:

- competenze linguistiche – capacità di capire e affrontare in modo appropriato testi scritti
- competenze matematiche – capacità di utilizzare concetti numerici e matematici.

Inoltre, attraverso due moduli opzionali, nel PIAAC vengono rilevate:

- attitudine alla soluzione di problemi pratici<sup>2</sup>
- abilità di base finalizzate alla comprensione della lettura per adulti con

2. Nell'indagine le competenze vengono anche definite come:

- Literacy ossia la capacità di comprendere, valutare, usare ed essere impegnati nella lettura di testi scritti al fine di partecipare alla vita sociale, raggiungere i propri obiettivi, sviluppare conoscenza e il proprio potenziale.

-- Numeracy ossia la possibilità di accesso, uso, interpretazione e comunicazione di informazioni matematiche e idee al fine di coinvolgere e gestire esigenze matematiche di una gamma di situazioni della vita degli adulti.

-- Problem solving in ambienti tecnologicamente avanzati; ossia la capacità di utilizzare la tecnologia digitale e gli strumenti di comunicazione e delle reti per acquisire e valutare informazioni, comunicare con gli altri e svolgere compiti pratici.

scarse competenze.

Si tratta di competenze essenziali per l'accesso, la comprensione, l'analisi e l'utilizzo di informazioni basate sia su testi (di qualunque formato cartaceo o digitale) che, nel caso di informazioni matematiche, sotto ogni forma di rappresentazione (immagini, grafici).

Possiedono quattro caratteristiche principali.

Sono:

- necessarie per la piena integrazione e partecipazione al mercato del lavoro, istruzione e formazione e alla vita sociale e civile;
- rilevanti per tutti gli adulti;
- altamente trasferibili, in quanto basilari per diversi campi sociali e situazioni di lavoro;
- "si possono apprendere" e, quindi, soggette all'influenza delle strategie politiche.

### *Struttura dell'indagine*

Nell'indagine, le competenze linguistiche e matematiche degli adulti sono espresse in 5 livelli standardizzati. I livelli corrispondono alle capacità necessarie a svolgere mansioni specifiche. A titolo esemplificativo, il livello 1 include i soggetti in grado di riempire semplici formulari, comprendere il significato di frasi agevoli e leggere con fluidità un testo scritto mentre nel livello 5 i soggetti sono capaci di confrontare e sintetizzare informazioni contenute in testi diversi, elaborare concetti astratti e valutare tra diversi punti di vista e sulla base di argomenti a favore o contro.

### *L'indagine PIAAC in Italia*

Nel nostro paese l'indagine PIAAC è stata realizzata dall'ISFOL su incarico del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. L'indagine nazionale ha

coinvolto un campione di circa 4600 individui. I risultati non possono non essere fonte di preoccupazione, per i gravi problemi che denunciano.

L'indagine pone l'Italia all'ultimo posto nella graduatoria dei paesi rispetto alla percentuale degli individui che ottengono un punteggio al livello intermedio (3) o superiore (4 o 5) nella scala delle competenze linguistiche.

In particolare, solo il 3.3% degli adulti italiani raggiunge livelli di competenza linguistica 4 o 5 contro l'11.8% della media dei 24 paesi partecipanti e il 22.6% del Giappone, il paese in testa alla classifica. Solo il 26.4% raggiunge il livello 3 di competenza linguistica.

Per quanto riguarda le competenze matematiche, solo il 4.5% degli adulti italiani ha competenze di Livello 4 o 5 e il 24.4% ottiene il Livello 3.

In entrambe le aree di competenza, la percentuale degli intervistati con un punteggio corrispondente a livello 1 è tra le più elevate. Il 27.7% degli adulti italiani possiede competenze linguistiche di Livello 1 contro il 15.5% della media dei paesi partecipanti. Per quanto riguarda le competenze matematiche, il 32% degli italiani ha competenze di Livello 1 mentre la media generale è del 19%.

Il risultato ottenuto dagli italiani varia secondo le caratteristiche socio-demografiche ma le differenze in tal senso tendono ad essere simili a quelle riscontrate nella media dei paesi partecipanti. I livelli relativamente bassi di competenza riscontrati in Italia rispetto agli altri paesi partecipanti riflettono in parte le basse competenze (sia linguistiche che matematiche) della popolazione più anziana (55-65 anni). Le fasce più giovani ottengono migliori risultati e la differenza – oltre venti punti in entrambe

le competenze, linguistiche e matematiche – è superiore alla media dei paesi partecipanti. Un risultato che sottolinea il significativo miglioramento ottenuto nel tempo nell'investimento in capitale umano in Italia da sostenere con politiche appropriate poiché i risultati dei giovani italiani sono ampiamente al sotto di quanto osservato per le stesse fasce d'età nella maggioranza dei paesi partecipanti all'inchiesta.

Un altro risultato interessante per l'Italia riguarda la differenza tra le competenze linguistiche degli uomini e delle donne. Mentre per molti paesi tali differenze esistono e sono spesso statisticamente significative, dai dati italiani non emerge alcuna differenza tra la media delle competenze linguistiche delle donne e degli uomini. In Italia, come negli altri Paesi, le competenze degli adulti sono fortemente correlate con i livelli d'istruzione.

### Competenze e benessere percepito

PIAAC esplora inoltre quattro dimensioni del benessere sociale: l'attività di volontariato; il grado di fiducia negli altri; la convinzione di poter influenzare il processo politico e lo stato di salute (auto-valutazione).

La valutazione delle competenze nell'indagine PIAAC cerca di definire l'impatto delle competenze funzionali oltretutto in termini di risultati economici anche in funzione dei risultati conseguiti in aree sociali intese in senso lato, legate ai comportamenti individuali e agli stili di vita delle persone

Le analisi evidenziano chiaramente che il possesso di titoli di studio elevati e delle competenze chiave di elaborazione delle informazioni rilevati dall'indagine PIAAC potrebbero essere degli elementi fondamentali per conseguire

non solo risultati positivi in ambito lavorativo ma anche nella vita e nei contesti di socialità e partecipazione.

### Il senso di benessere fisico

La salute di un individuo ma soprattutto la percezione soggettiva che ognuno ha del proprio stato di salute caratterizza fortemente il modo di vivere nella società definendo comportamenti e stili di vita. PIAAC propone nel questionario un'apposita domanda<sup>3</sup> volta a rilevare la 'salute percepita'. La percezione che l'individuo ha di sé, infatti, come dimostrato dalla letteratura, è un buon indicatore di previsione della sopravvivenza e come tale rappresenta un indicatore del legame tra condizioni di salute e com-

3. Nello specifico, PIAAC chiede di rispondere alla domanda legata allo stato di salute tramite una scala a 5 "In generale, direbbe che la sua salute è: eccellente, molto buona, buona, discreta o mediocre?".

petenze funzionali). La domanda che con l'indagine PIAAC ci si pone è: -- in quale misura le competenze linguistiche sono correlate alla salute degli individui, dei vari sottogruppi e della popolazione in generale?

In Italia i rispondenti esprimono una valutazione positiva del proprio stato di salute: il 33% dichiara che il proprio stato di salute è buono, il 32% molto buono ed il 17% eccellente. In tutti Paesi partecipanti all'indagine esistono situazioni simili: quasi tutti esprimono un giudizio positivo della salute. Il Paese in cui la maggior parte degli intervistati esprime come eccellente il proprio stato di salute è l'Irlanda (il 26%), mentre è la Corea il Paese dove la maggior parte degli intervistati (49%) valuta lo stato di salute percepito come discreto/mediocre.

Gli uomini sono leggermente più sod-

Tabella 1- Distribuzione percentuale della popolazione 16-65 anni in merito all'autodichiarazione sullo stato di salute percepito per sesso e classe di età.

	Eccellente		Molto buona		Buona		Discreta		Mediocre	
	%	E.S.	%	E.S.	%	E.S.	%	E.S.	%	E.S.
<i>Uomini</i>										
16-24	41	(3,4)	43	(3,2)	15	(2,8)	1	(0,7)	†	†
25-34	34	(2,8)	44	(3,0)	20	(2,2)	2	(0,7)	1	(0,4)
35-44	18	(1,8)	36	(2,1)	34	(2,2)	9	(1,5)	3	(0,9)
45-54	8	(1,4)	37	(2,6)	37	(2,3)	13	(1,9)	5	(1,1)
55-65	8	(1,6)	18	(2,4)	41	(2,8)	25	(2,2)	9	(1,9)
<i>Donne</i>										
16-24	37	(3,7)	37	(3,0)	21	(2,9)	6	(1,8)	†	†
25-34	22	(2,8)	36	(2,8)	32	(3,0)	8	(1,7)	2	(0,8)
35-44	11	(1,9)	36	(2,2)	38	(2,7)	12	(1,5)	2	(0,8)
45-54	4	(1,0)	24	(2,2)	45	(2,7)	20	(2,6)	6	(1,3)
55-65	4	(1,2)	13	(2,0)	38	(2,7)	30	(2,5)	15	(1,9)

Nota: † Non applicabile. # Prossimo allo zero.

disfatti delle donne del loro stato di generale benessere, indipendentemente dall'età (dichiara una salute eccellente il 41% degli uomini tra i 16 e i 24 anni contro il 37% delle donne della stessa fascia di età, mentre a dichiarare una salute al di sotto del livello 'buono' è il 45% delle donne in fascia di età 55-65 contro il 44% degli uomini appartenenti alla stessa fascia di età) (Tab. 1).

L'indice di benessere sembra essere legato al titolo di studio posseduto, infatti, il 57% di chi possiede un titolo di studio superiore al diploma dichiara di godere di uno stato di salute molto buono/eccellente contro il 44% di chi possiede un titolo di studio basso.

Se si mette in relazione lo stato di salute col punteggio raggiunto nelle competenze linguistiche, si nota che le persone che dichiarano di godere di una salute 'eccellente' raggiungono i livelli più alti delle competenze in misura maggiore rispetto a coloro i quali dichiarano di

avere una salute mediocre: il 36% contro il 20% rispettivamente (Tab. 2).

### Bibliografia:

ISFOL, PIAAC-OCSE Rapporto nazionale sulle competenze degli adulti, 2013  
 OECD, Inchiesta sulle competenze degli adulti. Primi risultati

### Per approfondimenti:

<http://skills.oecd.org/skillsoutlook.html>  
[www.oecd.org/site/piaac](http://www.oecd.org/site/piaac)

*Edvige Mancinelli,*

*Dottore di ricerca in educazione sanitaria  
 Centro Sperimentale per la promozione della  
 Salute e l'Educazione Sanitaria, Università  
 degli Studi di Perugia*

Tabella 2- Distribuzione percentuale della popolazione italiana 16-65 anni in funzione della dichiarazione sullo stato di salute percepito nei vari livelli di competenza di *literacy*.

Stato di salute auto-dichiarato	Inf. Liv. 1		Livello 1		Livello 2		Livello 3		Livello 4		Livello 5	
	%	E.S.	%	E.S.	%	E.S.	%	E.S.	%	E.S.	%	E.S.
Eccellente	2,7	(1,2)	17,8	(1,9)	43,3	(2,6)	31,7	(2,6)	4,5	(1,2)	#	†
Molto buona	4,9	(1,0)	21,4	(1,7)	40,7	(1,7)	28,6	(1,7)	4,2	(0,7)	#	†
Buona	6,0	(0,9)	22,6	(1,9)	42,8	(1,9)	25,8	(1,6)	2,7	(0,6)	#	†
Discreta	7,7	(1,7)	28,1	(3,0)	44,1	(2,7)	18,6	(2,4)	1,4	(0,7)	#	†
Mediocre	11,9	(3,0)	27,6	(4,6)	40,0	(5,3)	19,4	(4,5)	1,1	(1,1)	#	†

Nota: † Non applicabile. # Prossimo allo zero.

Nota: Le percentuali riportate in figura sono sempre calcolate sulla base dei numeri esatti e arrotondate soltanto dopo il calcolo prossimo allo zero Fonte: elaborazione ISFOL su dati OCSE-PIAAC 2012-2013

## Esitazione Vaccinale e Health Literacy, possibili legami e interazioni

*Francesco Aquino, Gabriele Donzelli, Annalaura Carducci, Pier Luigi Lopalco*

Storia di una ladra di libri, Brian Percival, 2013

Il dibattito riguardo l'importanza delle vaccinazioni è oggi di grande attualità nel nostro paese, portato alla ribalta dal calo delle coperture vaccinali e dalla reintroduzione da parte del governo dell'obbligo vaccinale. Provvedimento che ha suscitato reazioni anche forti da parte di gruppi e associazioni con posizioni scettiche nei confronti della profilassi vaccinale, suscitando aspre polemiche che hanno avuto, e continuano ad avere, un forte impatto mediatico. L'argomento è entrato prepotentemente anche nel dibattito politico, con alcuni partiti e forze politiche di primo piano che si sono poste in maniera più o meno velata a sostegno delle posizioni più scettiche cavalcando l'opposizione al decreto di obbligatorietà.

Proprio quest'anno, tuttavia, sono i con-  
vitati di pietra a questo dibattito, ossia le  
malattie infettive a prendere prepoten-  
tamente la scena. Dall'inizio del 2017  
stiamo assistendo alla recrudescenza  
di un'epidemia di Morbillo: 4.328 casi,  
quasi la metà (43%) costretti al ricovero  
ospedaliero, e 3 decessi (aggiornati al  
29 agosto 2017); in tutto il 2016 erano

stati 844.

Questa epidemia è il primo evidente e  
drammatico risultato del calo delle co-  
perture vaccinali e la prova evidente dei  
rischi che questa può causare. Il caso del  
vaccino trivalente anti-Morbillo-Paroti-  
te-Rosolia (MPR), è infatti un paradig-  
ma della diffusione dello scetticismo nei  
confronti delle vaccinazioni ed è fra le  
immunizzazioni dell'infanzia quella che  
ha subito, negli ultimi anni, la maggiore  
riduzione nei tassi di immunizzazione,  
da oltre il 90% del 2010 all'85% del  
2015 nella coorte di riferimento, rappre-  
sentata dai bambini al 24° mese di età.

### **L'esitazione vaccinale**

Questo fenomeno definito come "Esi-  
tazione Vaccinale", in inglese Vaccine  
Hesitancy (VH) – termine che com-  
prende i concetti di indecisione, incer-  
tezza, ritardo, riluttanza – è complesso e  
strettamente legato ai differenti contesti,  
con diversi determinanti: periodo stori-  
co, aree geografiche, situazione politica  
[1]. Lo scetticismo nei confronti delle  
vaccinazioni è un fenomeno che esiste  
fin dalla disponibilità del primo vac-

cino, quello di Jenner contro il vaiolo.  
Tuttavia ai nostri giorni è certamente  
sostenuto e amplificato dalla facilità con  
cui chiunque può reperire informazioni  
contrastanti su internet, e anche da mol-  
te altre motivazioni che spesso non han-  
no niente a che fare con i vaccini.

Come accennato, la recente, ampia dif-  
fusione del fenomeno dell'esitazione  
vaccinale è strettamente legata ad uno  
studio, rivelatosi falso che associava  
la somministrazione del vaccino MPR  
con la comparsa di autismo. Tale ipote-  
si è stata ampiamente confutata da tutti  
gli studi successivi, ed è stato accertato  
anche l'intento fraudolento dell'autore  
(l'ex medico britannico Wakefield, per  
questo radiato dall'ordine) che voleva  
promuovere in sostituzione al vac-  
cino in commercio un altro su cui aveva  
depositato un brevetto. Nonostante ciò,  
questa teoria ha avuto una larga eco in  
una certa parte dell'opinione pubblica,  
contribuendo a intaccare pesantemen-  
te la fiducia di alcune frange della po-  
polazione nei confronti dei vaccini. Di  
conseguenza l'esitazione vaccinale e le  
teorie e i movimenti antivaccinisti sono

andati rinforzandosi diventando, nei paesi occidentali, Italia compresa, un problema di sanità pubblica oramai tutt'altro che marginale.

Questo fenomeno si innesta anche in un più complessivo senso di sfiducia verso le istituzioni diffuso nel mondo occidentale, e molto forte anche nel nostro paese. Sfiducia che proviene ed è diretta primariamente verso la politica (la quale ha enormi responsabilità), ma sta investendo pesantemente anche il mondo medico e della sanità pubblica. Fra le argomentazioni addotte dagli esitanti, oltre agli ipotetici rischi di gravi effetti collaterali dei vaccini, ricorrono i sospetti sui potenziali conflitti di interessi fra le autorità sanitarie e le industrie farmaceutiche che imporrebbero, per assecondare i loro profitti, i calendari vaccinali.

Indipendentemente dall'opinione che ognuno può farsi di queste argomentazioni, talvolta –se non frequentemente– anche piuttosto fantasiose, siamo di fronte ad un problema molto serio, il cui impatto, come abbiamo visto, si sta già facendo sentire sulla salute pubblica.

Riconoscendo la rilevanza che questo fenomeno ha nel raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati, lo Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), nel 2012, ha creato un gruppo di lavoro specifico sul tema, guidato da un Segretariato congiunto Oms/Unicef. Il materiale prodotto è raccolto e pubblicato, ad agosto 2015, su un numero monografico della rivista *Vaccine* dedicato interamente all'esitazione vaccinale e intitolato "WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy".

Il gruppo di lavoro ha formulato una definizione dell'esitazione vaccinale come

un ritardo nell'adesione o come rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali.

Il SAGE sottolinea che è urgente e necessario sviluppare sistemi istituzionali e competenze organizzative a livello locale, nazionale e globale al fine di identificare, monitorare e indirizzare proattivamente l'esitazione vaccinale, di rispondere tempestivamente ai movimenti anti-vaccinatori in caso di disinformazione o di potenziali eventi avversi (adverse events following immunization, AEFI).

### Le strategie

Un altro aspetto sottolineato dalla monografia è l'urgenza di condividere il più possibile le strategie da adottare, coinvolgendo il maggior numero di stakeholder nel processo decisionale sui programmi vaccinali e nel processo comunicativo relativo all'organizzazione e alla fornitura dei servizi vaccinali.

È indispensabile avere una maggiore capacità analitica per individuare le aree in cui si crea l'esitazione. Per questo, le raccomandazioni finali del SAGE si concentrano su tre obiettivi principali: capire i determinanti della VH; evidenziare gli aspetti organizzativi che facilitano l'adesione; valutare gli strumenti necessari per contrastare questo fenomeno [2].

Un ruolo di primo piano è sicuramente giocato dalle fonti di informazione; la disinformazione sui vaccini, che trova ben pochi spazi sui media tradizionali, al contrario sembra invece utilizzare ampiamente e propagarsi sui nuovi media. Il web, e in particolare i social network, basati su un tipo di comunicazione orizzontale e priva di filtri, risultano essere tra i principali canali di diffusione per le teorie antiscientifiche.

Alcune ricerche realizzate dal Censis nel 2014 e nel 2015 interpellando direttamente i genitori italiani fino a 55 anni con figli da 0 a 15 anni (arco temporale a cui devono essere effettuate la maggior parte delle immunizzazioni previste dal calendario vaccinale) siano in gran parte informati sulle vaccinazioni dai loro pediatri (54,8%), l'accesso alle informazioni attraverso le potenzialità infinite della rete rappresenta uno degli elementi in grado di impattare in modo più dirompente sui nuovi atteggiamenti culturali nei confronti della vaccinazione, dal momento che i genitori tendono a cercare informazioni sul web per decidere se vaccinare o meno i figli (lo fa il 42,8% dei genitori internauti) e in quasi la metà dei casi si trovano a leggere sui social network articoli sulla vaccinazione. Circa l'80% ammette di aver trovato informazioni di tipo negativo navigando in Internet. [3].

Ma soprattutto, il dato più rilevante che viene messo in luce è il livello di conoscenze sulle vaccinazioni non adeguato di una parte rilevante dei genitori italiani. Si tratta di una informazione superficiale e incerta che gli stessi non sempre giudicano soddisfacente: il 30,4% avrebbe voluto saperne di più e la quota sfiora il 40% al Sud.

Ciò suggerisce che il livello delle conoscenze in ambito sanitario individuali e collettive potrebbero essere un altro determinante implicato nella diffusione della VH.

### Il ruolo dell'Health Literacy

Parliamo più appropriatamente di alfabetizzazione sanitaria - o Health Literacy (HL), usando il termine anglosassone-, ossia la capacità individuale di ottenere, capire e trattare le informazioni di salute necessarie per prendere decisioni

adatte alla propria salute [4]. Essa condiziona la capacità delle persone di accedere ed utilizzare il sistema sanitario, interagire con gli operatori e prendersi cura di sé stessi. La correlazione tra alfabetizzazione sanitaria (legata spesso al complessivo livello di istruzione, ma non coincidente con esso) e la corretta gestione della propria salute è intuitivamente evidente e nel tempo confermata da indagini specifiche.

La riflessione su queste problematiche e l'elaborazione del concetto di "Health Literacy" si è sviluppata nel mondo anglosassone a partire dagli anni Settanta e, nel 1998 il termine è stato inserito nel Glossario di Promozione della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'alfabetizzazione sanitaria è ormai considerata un determinante di salute, poiché è dimostrata la sua influenza sui corretti stili di vita, sull'adesione alle terapie, e sull'appropriato accesso ai servizi sanitari [5].

Una bassa alfabetizzazione sanitaria costituisce un significativo fattore di rischio e incrementa i costi a carico del sistema sanitario; aumenta, inoltre, le possibili disuguaglianze tra soggetti, penalizzando proprio i soggetti più deboli come anziani, bambini o persone con difficoltà socio-economiche. In termini di gestione individuale della salute essa determina carente consapevolezza delle proprie condizioni, limitata capacità di riferire i sintomi e riconoscere il proprio stato di salute, uso ridotto dei servizi di prevenzione, difficoltà nell'attenersi alle cure mediche prescritte, tasso più elevato di prestazioni sanitarie non adeguate e di ospedalizzazioni [6]. Viceversa una più adeguata alfabetizzazione sanitaria favorisce la prevenzione, l'adozione di stili di vita più sani e funzionali, l'uso più appropriato e consapevole di farmaci, presidi, servizi e risorse sanitarie.

L'HL 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. Secondo la definizione dell'OMS, un buon livello di HL 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 [7].

Tuttavia, soprattutto nella nostra società globalizzata e informatizzata, non è sufficiente trasmettere informazioni per incidere efficacemente su comportamenti, atteggiamenti, opinioni, che, in realtà sono le risultanti di processi complessi, attivati da modelli mentali individuali, emozioni, considerazioni etiche e pressione dei gruppi di riferimento. Nella società dell'informazione e dell'informatizzazione la comunicazione è circolare e complessa, i canali e i target utilizzati sono molteplici. Talvolta il pro-



Storia di una ladra di libri, Brian Percival, 2013

liferare caotico di informazioni genera confusione, distorsioni e veri e propri 'rumors' che ostacolano una corretta e appropriata alfabetizzazione sanitaria. E questo ci riporta proprio a quanto osservato rispetto al grande tema dell'esitazione vaccinale e dell'informazione 2.0 come suo principale canale di diffusione. Tali argomenti appaiono quindi fortemente intrecciati, negli ultimi anni, alcuni gruppi di ricerca si sono impegnati nell'individuare le possibili interazioni, portando il SAGE a indentificare l'HL come uno tra i determinanti effettivi della VH [8]. Tuttavia ad oggi sono ancora troppo pochi i lavori scientifici che hanno studiato questa relazione [9] e, peraltro, non sempre sono concordanti nei risultati.

### Gli Studi

Qui prendiamo in rassegna quattro studi fra i più rilevanti condotti in materia ed effettuati su campioni di genitori che dovevano sottoporre i propri figli alle vaccinazioni pediatriche.

La fondamentale domanda che gli autori, come noi si sono posti è se esista una relazione positiva fra buoni livelli di HL e una maggiore aderenza all'offerta vaccinale, o se, al contrario non ci sia relazione, o, piuttosto una relazione inversa. Come accennato, la letteratura disponibile non ci dà una risposta univoca, in alcuni casi gli studi mostrano una associazione positiva, in altri, paradossalmente, una negativa con livelli di VH superiori in caso di una maggiore HL.

Bisogna considerare che fra di essi esistono diversi fattori che possono determinare la disomogeneità nei risultati, come l'utilizzo di diversi strumenti per la valutazione della HL, il tipo di disegno dello studio, la numerosità del campione, il gruppo di persone intervistate,

i test statistici utilizzati, la VH riferita a differenti vaccini, l'area geografica e gli aspetti socio-demografici. Alcuni studi hanno valutato l'associazione tra la HL dei genitori e lo stato di immunizzazione dei bambini raggiunta attraverso la somministrazione dei vaccini in età pediatrica.

Riportiamo sinteticamente di seguito il disegno dello studio e i risultati dei diversi lavori presi in considerazione.

In un recente articolo pubblicato nel 2017 [10] è stata investigata la relazione tra la HL di 731 genitori di bambini israeliani di età compresa tra 3 e 4 anni e le decisioni effettuate riguardo alle tre vaccinazioni raccomandate in età pediatrica, ovvero quelle contro l'epatite B, la difterite-tetano-pertosse e il morbillo-parotite-rosolia. Il campione studiato era composto da due gruppi: il primo includeva 309 bambini che non avevano completato almeno una delle tre vaccinazioni infantili raccomandate, mentre il secondo, considerato come gruppo di controllo, includeva 422 bambini che avevano completato le tre vaccinazioni raccomandate. Il livello di HL (funzionale, comunicativo e critico) è stato misurato adattando il questionario Health Literacy Questionnaire [11] ai temi della vaccinazione. I risultati hanno mostrato, contrariamente a quanto ci si poteva aspettare, che i genitori con un livello elevato di HL funzionale, comunicativa e critica, erano più a rischio di non vaccinare i propri figli.

In un altro studio [12] è stata investigata l'associazione tra la HL di 506 madri di Philadelphia e lo stato di immunizzazione dei loro bambini a tre e sette mesi di età. In questo caso sono stati considerati i vaccini contro l'epatite B, la polio, l'emofilo di tipo B, lo pneumococco e la difterite-tetano-pertosse. Il livello di

HL è stato misurato con la versione breve del test S-TOFHLA [13] e nessuna associazione significativa tra l'HL e lo stato di immunizzazione dei bambini è stata rilevata.

Un risultato diverso è stato prodotto da uno studio tedesco del 2015 [14] che ha valutato il livello HL di 467 genitori di bambini di 6 settimane. In questo caso è stata rilevata un'associazione positiva significativa tra HL e accettazione da parte dei genitori della vaccinazione contro rotavirus. Tuttavia deve essere considerato che in questa ricerca è stato utilizzato uno strumento diverso per la valutazione della HL, conosciuto come Chew's Set of Brief Screening Questions (SBSQ) [15], e che solo la vaccinazione contro rotavirus è stata presa in considerazione.

In uno studio condotto in India [16] l'associazione tra l'HL di madri di aree rurali (1170) e urbane (670) e lo stato di immunizzazione dei loro bambini di età compresa tra 12 e 23 mesi attraverso il vaccino contro difterite-tetano-pertosse è risultata significativamente positiva. In questa indagine il questionario utilizzato per la valutazione della HL è stato direttamente sviluppato dai ricercatori, che hanno seguito le indicazioni di una revisione sistematica sulla HL [17].

### In conclusione

In conclusione è evidente che la relazione tra HL e VH non è ancora stata sufficientemente studiata e che questa può variare in funzione di vari fattori, come il tipo di vaccino, l'età degli intervistati e l'area geografica dello studio. È interessante valutare come sia emersa chiaramente un'associazione positiva nello studio condotto in un paese in via di sviluppo, mentre risultati contrastanti si sono avuti negli studi condotti negli Sta-

ti Uniti e in Europa. Ciò potrebbe derivare dalla maggiore difficoltà di rilevare l'alfabetizzazione sanitaria nel contesto sociale del mondo occidentale, dove, ad una cultura di base sicuramente più diffusa, si associano maggiormente variabili più complesse relative all'eccesso di informazioni - e false informazioni - a disposizione delle persone. Dobbiamo infatti considerare, inoltre, che ad oggi non esiste uno strumento standardizzato ampiamente accettato per la valutazione della HL, ma molteplici test sviluppati da differenti gruppi di ricerca. Stessa caratteristica che possiamo osservare negli studi qui presi in considerazione, di conseguenza i risultati divergenti non possono essere di facile e immediato confronto. In primo luogo sarebbe necessario trovare un'armonizzazione fra i vari sistemi di rilevazione della HL o l'adozione di un unico strumento che possa essere di riferimento.

In generale, comunque, la letteratura scientifica disponibile che affronta questa tematica proviene per la maggior parte da studi americani dove, come abbiamo visto, il concetto di alfabetizzazione sanitaria è stato concepito e ha avuto sviluppo.

Le evidenze oggi disponibili non sono quindi sufficienti a definire se ci sia una relazione significativa fra VH e HL né a stabilire chiaramente di che tipo sia. Tuttavia, proprio a tal fine, risulta assai interessante ampliare il campo di indagine e condurre nuovi studi su questo argomento.

Certamente oggi iniziamo a conoscere l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria come elemento cardine per la salute collettiva e fondamentale determinante di salute, sebbene finora poco conosciuto e indagato, ma che contribuisce molto ad acuire in modo rilevante

le diseguaglianze sociali in salute. Dare a tutti i cittadini gli strumenti culturali per capire il linguaggio medico e sanitario rappresenta un requisito di base per aver una migliore adesione terapeutica o una diagnosi precoce e tempestiva di molte patologie e, a nostro avviso, può certamente avere un effetto positivo nell'implementare la comprensione e quindi la compliance nei confronti degli interventi di prevenzione primaria come le vaccinazioni.

“La scienza non è democratica” dice giustamente il noto divulgatore scientifico Piero Angela, in una frase divenuta celebre. Ma l'accesso al sapere di base, a un vocabolario comune fra medico e paziente deve esserlo. E risulta necessario per rafforzare e difendere il concetto di un sistema sanitario universalistico, che sappia realmente prendersi carico di tutti, soprattutto delle fasce più fragili della popolazione. Fornire al cittadino-paziente una conoscenza sanitaria basilare è fondamentale anche per evitare che questi cada vittima proprio della disinformazione e delle false notizie presenti nella rete, mettendo in dubbio le evidenze scientifiche e la legittimità stessa delle autorità sanitarie.

Nel nostro paese, dove il concetto di HL ha iniziato a diffondersi dalla fine degli anni novanta, le indagini relative ad essa sono finora poco diffuse e frammentarie. È un concetto che stiamo scoprendo oggi, in ritardo rispetto al mondo anglosassone, come anche il grande tema dell'esitazione vaccinale e le relazioni fra di esse.

Al momento infatti non sono presenti lavori già pubblicati riguardanti il tema delle interazioni tra livelli di HL e VH in Italia, ma riteniamo che questo debba essere un obiettivo strategico da sviluppare nell'immediato.

Comprendere i determinanti culturali e le cause dell'esitazione vaccinale può permettere infatti di pianificare interventi educativi ad hoc per ridurre questo fenomeno e deve essere, a nostro avviso, una delle priorità della sanità pubblica dei prossimi anni.

Sarebbe sbagliato, peraltro, pensare che l'introduzione dell'obbligo vaccinale possa esimere le autorità sanitarie dal compito di cercare di capire le ragioni della diffusione della VH e dalla ricerca della collaborazione con i cittadini-pazienti. L'intervento coercitivo, seppur comprensibile, e probabilmente necessario allo stato attuale, ha avuto anche l'effetto collaterale di aumentare il livello della contrapposizione con alcuni settori – fortunatamente assai minoritari – della popolazione, traducendosi nel rischio di un incremento del contezioso. L'obiettivo deve essere quindi quello di stabilire un dialogo e fornire un'informazione corretta, adeguata e trasparente ai cittadini al fine ricreare quel necessario clima di fiducia verso l'istituzione sanitaria rafforzandone la percezione di autorevolezza e affidabilità.

#### Bibliografia:

1. <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/VaccineHesitancy.asp>; consultato in maggio 2017
2. Vaccines, Volume 33, Issue 34, Pages 4155-4218 (14 August 2015); WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy; Edited by Melanie Schuster and Philippe Duclos; disponibile su: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/0264410X/33/34>
3. Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS). 49° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2015; Roma, 04 dicembre 2015; Franco Angeli; Codice ISBN: 9788891728067
4. Ratzan SC. Health Literacy: communication for the public good. *Health Promot Int* 2001; 16(2): 207-14. PMID:11356759; <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>
5. Carducci A. Alfabetizzazione sanitaria: le parole che aiutano il cittadino nelle scelte. - Atti del Convegno “Malati di parole: l'infor-

- mazione e la comunicazione come terapia”, Udine 9 marzo 2007
6. Istituto Superiore di Sanità (ISS). Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità - Volume 26 - Numero 7-8 luglio-agosto 2013
  7. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998; Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) - Health Education and Health Promotion Unit (HEP); WHO/HPR/HEP/98.1; Distr.: Limited; disponibili su: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
  8. Noni E. MacDonald and the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015, 33, pp. 4161–4164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
  9. Biasio R.L. Vaccine hesitancy and health literacy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2016, 13(3), pp. 701–702. <http://dx.doi.org/10.1080/21645515.2016.1243633>
  10. Aharon A.A., Nehama H., Rishponb S., Baron-Epelb O. Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. *Patient Education and Counseling* 2017, 100(4), pp. 768-775. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.016>
  11. Ishikawa H., Takeuchi T., Tano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care* 2008, 31, pp. 874–879. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
  12. Pati S., Feemster K.A., Mohamad Z., Fiks A., Grundmeier R., Cnaan A.. Maternal Health Literacy and Late Initiation of Immunizations Among an Inner-City Birth Cohort. *Maternal and Child Health Journal* 2011, 15(3), pp. 386-394. doi: 10.1007/s10995-010-0580-0
  13. Nurss J. R., Parker R. M., Williams M. V., Baker D. W. (2001). TOFHLA: Test of functional health literacy in adults (2nd ed.). Snow Camp, North Carolina: Peppercorn Books & Press
  14. Veldwijk J., van der Heide I., Rademakers J., Schuit A. J., de Wit G. A., Uiters E., Lambooi M. S. Preferences for Vaccination: Does Health Literacy Make a Difference? *Medical Decision Making* 2015, 35(8), pp. 948-58. doi: 10.1177/0272989X15597225. Epub 2015 Sep 3
  15. Fransen M. P., Van Schaik T. M., Twickler T. B., Essink-Bot M. L. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication* 2011, 16(3), pp. 134-49. doi: 10.1080/10810730.2011.604383.
  16. Johri M., Subramanian S. V., Sylvestre M. P.,

- Dudeja S., Chandra D., Koné G. K., Sharma J. K., Pahwa S. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2015, 69(9), pp. 849-57. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-205436>
17. Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC*

*Public Health* 2012, 12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

*Francesco Aquino, Gabriele Donzelli, Annalaura Carducci, Pier Luigi Lopalco, Università di Pisa*



Storia di una ladra di libri, Brian Percival, 2013

## Due strumenti di misura della Health Literacy: il Newest Vital Sign (NVS) e il Single Item Literacy Screener (SILS)

Chiara Lorini, Guglielmo Bonaccorsi

Cercando Forrester, Gus Van Sant, 2000

Per misurare il livello di health literacy (HL) individuale sono disponibili più di cinquanta diversi strumenti (Altin, 2014; Jordan, 2011), che si differenziano sulla base della dimensione indagata (ad esempio, stima delle capacità di lettura e scrittura su argomenti di salute, oppure esplorazione di abilità più avanzate di elaborazione delle informazioni, di analisi critica o di applicazione delle stesse nelle attività di vita quotidiana) (Sørensen, 2012), del contesto di applicazione (popolazioni, singoli individui sani in ambito clinico), dell'utilizzo a scopo di screening (generalmente costituiti da pochi item) o per più ampie valutazioni (con un più elevato numero di item).

Anche la modalità di rilevazione spazia dall'impiego di strumenti di misura oggettivi (rilevazione diretta di una capacità) a rilevazioni autoriferite. Esistono inoltre *tool* patologia-specifici - come quelli per il diabete, l'asma o i disturbi mentali - e altri mirati ad indagare alcuni ambiti peculiari, come la salute della bocca, la nutrizione e l'alimentazione.

Infine, possono essere somministrati impiegando varie modalità di somministrazione: intervista-face to-face o telefonica, autosomministrazione con modulo cartaceo o compilazione on-line.

Data la pleora di sistemi di rilevazione a disposizione, il ricercatore che voglia misurare la HL deve far riferimento, nella scelta dello strumento più adeguato a rispondere al quesito di ricerca o a soddisfare uno specifico bisogno informativo, alla letteratura, con particolare attenzione agli studi di validazione, che forniscono generalmente le informazioni utili per comprendere le dimensioni indagate, il contesto di applicazione, la finalità dell'impiego, la modalità di somministrazione e le lingue nelle quali lo strumento sia disponibile. In questa prospettiva, presentiamo due *tool* validati in lingua italiana: il **Newest Vital Sign (NVS)** (Capecchi et al, 2015) e il **Single Item Literacy Screener (SILS)** (Bonaccorsi et al, 2017).

Il NVS è stato sviluppato nel 2005 negli USA nell'ambito della *primary health*

*care* con lo scopo di superare i limiti degli strumenti impiegati fino ad allora, che soffrivano di un'eccessiva durata della somministrazione per l'elevato numero di item e della esclusiva disponibilità in lingua inglese (Weiss, 2005). Infatti, la sua validazione è stata effettuata da subito in inglese e in spagnolo (la seconda lingua più diffusa negli USA) e i tempi di somministrazione sono di circa 3 minuti. Questo test è stato successivamente tradotto e validato in numerose lingue e applicato in vari contesti, sia clinici che di popolazione generale. Il NVS rappresenta una misura oggettiva della HL per la rilevazione delle seguenti abilità: *literacy* (alfabetizzazione), *comprehension* (comprensione), *numeracy* (abilità a gestire numeri, a fare conti), *application/function* (abilità nell'usare, elaborare o mettere in atto informazioni che riguardano la salute e applicare nuove informazioni), *evaluation* (abilità di filtrare, interpretare e valutare le informazioni). Il test consiste nell'analisi critica e nella conseguente risposta a quesiti basati sull'etichetta nutrizionale di un prodotto alimentare (una confezione di gelato): il

soggetto deve prendere visione dell'etichetta, che resterà a sua disposizione per tutta la durata del test, e rispondere a sei (versione USA) o sette (versione UK, da Rowlands, 2013, sulla base della normativa comunitaria sull'etichettatura) domande.

La nostra versione italiana (Capecchi et al., 2015), sviluppata a partire dalla versione UK, contiene sette domande, le istruzioni per l'intervistatore e la griglia per assegnare il punteggio a ciascuna risposta (0 nel caso di risposta errata, 1 se esatta). Il punteggio complessivo al test (somma dei punteggi dei singoli item) varia da 0 a 6 e consente di classificare l'intervistato in una delle seguenti categorie: elevata probabilità di HL limitata (punteggio compreso tra 0 e 1), possibilità di HL limitata (tra 2 e 3), HL adeguata (tra 4 e 6).

Il **SILS** è il classico strumento di screening costituito dalla proposizione di una sola domanda: "Quante volte ha bisogno di qualcuno che la aiuti quando legge istruzioni, opuscoli o altro materiale che le è stato consegnato dal proprio medico o farmacista?" Le possibili risposte, alle quali è associato il punteggio del test, sono: mai (punteggio pari a 1); raramente (punteggio pari a 2); qualche volta (punteggio pari a 3); spesso (punteggio pari a 4); sempre (punteggio pari a 5). Punteggi superiori a 2 indicano la presenza di difficoltà nella lettura/comprendimento di materiale inerente alla salute. Di velocissima somministrazione, autoriferito (e quindi soggettivo), misura però solo le abilità di lettura e non quelle di elaborazione e "gestione" delle informazioni. Nella sua semplicità ha mostrato comunque, confrontato con strumenti più complessi tra i quali l'NVS, una elevata capacità di individuare

soggetti con bassa HL. Le sue caratteristiche lo rendono ottimale per l'utilizzo come strumento di screening in contesti, quali quelli clinici, nei quali il tempo a disposizione per la valutazione dei soggetti è scarso.

### Bibliografia:

- Altin SV, Finke I, Kautz-Freimuth S, Stock S. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014 Nov 24;14:1207.
- Bonaccorsi G, Grazzini M, Pieri L, Santomauro F, Ciancio M, Lorini C. Assessment of Health Literacy and validation of single-item literacy screener (SILS) in a sample of Italian people. *Ann Ist Super Sanit* 2017;53(3): 205-212.
- Capecchi L, Guazzini A, Lorini C, Santomauro F, Bonaccorsi G. The first Italian validation of the most widespread health literacy assessment tool: the Newest Vital Sign. *Epidemiol Prev* 2015;39(4 Suppl 1):124-8.
- Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *J Clin Epidemiol*. 2011 Apr;64(4):366-79.
- Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract* 2006;7:21.
- Rowlands G, Khazaezadeh N, Oteng-Ntim E, Seed P, Barr S, Weiss BD. Development and validation of a measure of health literacy in the UK: the newest vital sign. *BMC Public Health* 2013;13:116.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med* 2005;3(6):514-22.

*Chiara Lorini, Guglielmo Bonaccorsi  
Dipartimento di Scienza della Salute,  
Università degli Studi di Firenze*

## Un protocollo per un'informazione accessibile a tutti

Julie Ruel, Cécile Allaire, André C. Moreau

Non uno di meno, Zhang Yimou, 1999

*Un protocollo internazionale francofono intende formulare raccomandazioni per consentire l'accessibilità "universale".*

I comunicatori e gli operatori sanitari che intervengono con la popolazione affrontano una realtà preoccupante: il materiale informativo che costruiscono e utilizzano non è sempre compreso. Spesso i servizi si rivolgono ad una popolazione che non possiede il livello di health literacy sufficiente per leggere, capire, analizzare e valutare informazioni scritte e orali, in particolare di natura sanitaria. Come informare meglio queste persone? Come rispondere alle loro necessità dal momento che esse presentano caratteristiche e competenze in health literacy diverse? In particolare, come aiutare gli educatori per meglio informare la popolazione? Questo articolo presenta una proposta da esperti di tre paesi francofoni: Francia, Belgio e la Provincia del Quebec in Canada, finalizzata a formalizzare raccomandazioni in materia di progettazione universale in informazione e comunicazione. La progettazione universale è definita come

*"la progettazione di prodotti e ambienti fruibili da tutti, nella più ampia misura senza la necessità di adattamento o progettazione speciale".* Si tratta di un approccio condotto con il supporto del Fondo nazionale di solidarietà per l'Autonomia (CNSA), formalizzante anche l'esperienza di sanità pubblica francese, condotto tra persone con disabilità, in situazioni svantaggiate o scarsamente informate. Un protocollo risultante da questo esperimento sarà disponibile nell'autunno 2017.

### Un pò di storia

La convenzione internazionale delle persone con disabilità [1], adottata dalle Nazioni Unite (ONU) nel 2006 ed entrata in vigore nel 2008, indica chiaramente che l'accesso alle informazioni è un diritto fondamentale per tutti, così come l'accesso a siti Internet, tecnologie dell'informazione e della comunicazione. La maggior parte dei paesi l'ha ratificata ben sapendo che li impegna ad adottare misure coerenti. Il concetto di progettazione universale costituisce la trama di fondo della convenzione. Pa-

rallelamente, molteplici iniziative sono emerse nel corso degli ultimi dieci anni per comunicare meglio e ottimizzare l'accesso dei più vulnerabili alle informazioni.

Citiamo i lavori internazionali prodotti dal *World Wide Web Consortium* (W3C) che fornisce soluzioni tecniche per rendere il Web accessibile ai disabili; o ancora gli sforzi condotti in vari paesi europei per adattare le informazioni alle persone con disabilità intellettiva: la "*Facile à lire et à comprendre*" orchestrata dall'associazione *Inclusion Europe* di concerto con le associazioni francesi dei genitori dei portatori di handicap mentale e dei loro amici [2]. Includiamo infine i lavori della sanità pubblica francese che ha progettato due guide per le persone ipovedenti e ipocuciche [3] pubblicate nel 2013.

Dall'altra parte dell'Atlantico, i ricercatori della *Cattedra Interdisciplinare di ricerca in health literacy e inclusione - Pavillon du Parc*, collegata all'Università del Quebec in Outaouais, a Gatineau, hanno pubblicato nel 2011, la Guida per un'informazione accessibile [4].

Questa include i criteri da rispettare per redigere documenti leggibili e intellegibili dal taglio sia divulgativo a beneficio del grande pubblico che facilitato per le persone con deficit cognitivi.

I corrispettivi lavori francesi di solito sono diretti a gruppi di popolazione specifici in particolare a soggetti con disabilità. Sulla base della propria esperienza per il sostegno ad un'accessibilità universale all'informazione per tutti – compresi i soggetti con scarse competenze in health literacy – la Sanità pubblica Francese ha voluto elaborare, con un gruppo di esperti, raccomandazioni per aiutare a tenere in debito conto le esigenze della fetta di popolazione che, indipendentemente dalle motivazioni, non accede alle informazioni. L'attuazione del protocollo intende sostenere gli operatori, in tal senso impegnati, dei paesi francofoni.

### Orientamenti

Tre linee principali hanno indirizzato il gruppo di lavoro per la progettazione delle raccomandazioni.

### *Raccomandazioni basate su un approccio scientifico*

In continuità con l'approccio del Quebec, responsabile della stesura della Guida di redazione per un'informazione accessibile, le raccomandazioni sono basate sull'evidenza scientifica. Sono stati analizzati articoli scientifici e documenti (elaborati da organismi pubblici, privati e associazioni) per una migliore informazione sanitaria indirizzata sia alla popolazione nel suo complesso che a target specifici. La ricerca in letteratura ha esaminato documenti sulla fruizione dell'immagine, della comunicazione orale, dell'accessibilità Web.

### *Progettazione universale dell'informazione*

I ricercatori hanno adottato, fin dall'inizio, un approccio di progettazione universale dell'informazione. Ciò significa che le raccomandazioni sono destinate ad aiutare i professionisti nella progettazione di un'informazione destinata a tutto il pubblico. Infatti, all'inizio le raccomandazioni erano state identificate in base alla tipologia di destinatari e di informazioni (generale, sanitaria, ecc). Ben presto però si è riscontrato come, in gran parte, le raccomandazioni concordassero, a prescindere dai destinatari o dalla natura delle informazioni da diffondere, eccezion fatta per alcune di esse ritenute specifiche per determinati segmenti di pubblico, a mero titolo esemplificativo, persone con deficit cognitivi, visivi, uditivi o con disturbo dello spettro autistico.

### *Visione olistica dell'health literacy*

Il lavoro si iscrive in una visione ampia di health literacy come definito dalla Rete quebecchiana di Ricerca e Trasferimento in health literacy. Questa definizione tiene conto della realtà del mondo attuale, un mondo diversificato, inclusivo, che riceve e scambia informazioni su diversi supporti, con diversi formati e per diversi tipi di pubblico. Ne consegue che questo comprende raccomandazioni per rendere accessibili e comprensibili le informazioni grazie a testi leggibili, chiari e ricorrendo ad immagini. Informazioni presenti in internet, in formato cartaceo o nelle comunicazioni orali.

### *Anteprima*

Le diverse componenti del lavoro vengono presentate con i temi sui quali verteranno le raccomandazioni.

### *Raccomandazioni per redigere informazioni leggibili e comprensibili*

Per rendere il testo leggibile e comprensibile a tutti, occorre considerare diversi aspetti del testo.

- *L'aspetto visivo: la presentazione*

L'aspetto visivo concerne l'aspetto del testo per quanto riguarda la scelta del carattere (dimensione) preferito, i suggerimenti per evidenziare un'informazione chiave, i colori da utilizzare, gli spazi da incorporare nel testo, etc., tutte indicazioni concernenti la leggibilità.

- *L'aspetto linguistico: la scelta delle parole e delle frasi*

Esso include gli elementi del testo che consentono al lettore di decodificarlo e afferrarne più facilmente il senso: scelta dei vocaboli, sintassi, punteggiatura, stile e tono, forma dei numeri.

- *L'aspetto informativo: la scelta delle informazioni*

L'aspetto informativo comprende le indicazioni relative alla selezione e delucidazione delle informazioni.

- *L'aspetto strutturale: organizzazione dell'informazione*

L'aspetto strutturale abbraccia tutti gli elementi capaci di organizzare il contenuto delle informazioni affinché il testo risulti coerente, le frasi scorrevoli e al contempo ben correlate da nessi logici. Il piano del testo, i titoli, la struttura dell'informazione costituiscono l'oggetto delle raccomandazioni.

### *Raccomandazioni per un migliore utilizzo delle immagini*

All'interno del protocollo, il termine "immagine" è usato genericamente, comprendendo foto, illustrazioni, disegni, loghi, simboli. L'evidenza scien-

tifica suggerisce che l'associazione di immagini al testo, rafforza la potenza, la comprensione e il richiamo del messaggio. L'immagine gioca un ruolo che non si limita ad impreziosire il testo bensì è parte integrante del messaggio da trasmettere. Le raccomandazioni vertono sul tipo di immagini da prediligere, lo spazio da riservare al versante iconografico, l'utilizzo che se ne vuol fare, le legende.

### **Raccomandazioni per rendere accessibili i contenuti più numerico-statistici / digitali**

Consultiamo sempre più spesso informazioni disponibili in rete o digitali. Sono state condotte ricerche per identificare norme internazionali volte a garantire l'accessibilità digitale a tutti e alle persone con disabilità come il Web Content Accessibility Guidelines (WCAG), adottato da diversi paesi.

### **Raccomandazioni per comunicare oralmente in maniera efficace**

L'ultima sezione del protocollo offre indicazioni per incrementare l'efficacia delle informazioni comunicate oralmente. Indicazioni derivate per lo più da documenti e testi scientifici di natura sanitaria, che consentono di meglio comprendere le condizioni favorevoli alla comunicazione: selezione e organizzazione dell'informazione da esporre; modalità comunicative; strumenti per validare la comprensione dell'informazione. Le indicazioni incoraggiano la partecipazione attiva delle persone coinvolte nello scambio verbale. Così, progettare una informazione accessibile a tutti richiede di prendere in considerazione diversi fattori: conoscere i destinatari così da selezionare, in maniera più opportuna, le informazioni per essi

rilevanti; confrontarsi e condividere/progettare con i destinatari stessi l'informazione; garantire che chi comunica possieda conoscenze e competenze particolari, da consolidare, se necessario. Il protocollo intende divenire uno strumento pratico per guidare i comunicatori e, più in generale, i professionisti per migliorare l'accesso alle informazioni da parte di tutti, ivi comprese le persone con ridotte competenze in health literacy.

### **Bibliografia:**

1. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif. ONU, 2008 : 38 p. En ligne : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
2. Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis, Nous Aussi et Inclusion Europe. L'Information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre, Unapei, 2009 : 50 p. En ligne : [http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide\\_ReglesFacileAlire.pdf](http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacileAlire.pdf)
3. Allaire C. (dir.) Informer les personnes sourdes ou malentendantes. Et Informer les personnes aveugles ou malvoyantes. Partage d'expériences. Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels de communication en santé publique, 2012 : 64 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1414.pdf>
4. Ruel J., Kassi B., Moreau A.C., Mbida-Mbala S.L. Guide de rédaction pour une information accessible. Gatineau : Pavillon du Parc, 2011 : 64 p. En ligne : [http://w3.uqo.ca/litteratie/contenu/documents/guide2011\\_002.pdf](http://w3.uqo.ca/litteratie/contenu/documents/guide2011_002.pdf)

*Julie Ruel, Ph.D.,  
cotitulaire de la Chaire interdisciplinaire de  
recherche en littérature et inclusion, centre  
intégr de santé et des services sociaux  
(CISSS) de l'Outaouais, université du Québec  
en Outaouais,  
Cécile Allaire  
chargée de l'accessibilité pour les publics en  
situation de handicap,*

*Santé publique France,  
André C. Moreau, Ph.D., cotitulaire de la  
Chaire interdisciplinaire de recherche en  
littérature et inclusion, centre intégré de santé  
et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais,  
université du Québec en Outaouais.*

*da la Santé en action – n° 440 – juin 2017*

*traduzione a cura di Edvige Mancinelli*

## Mediazione culturale in ambito sanitario: strumenti condivisi con gli abitanti delle baraccopoli

*Lucile Gacon, Fanny Bordeianu*

Non uno di meno, Zhang Yimou, 1999

*Nel quadro di un programma nazionale di mediazione culturale sanitaria, mediatori intervengono presso gli abitanti delle baraccopoli, nel loro luogo di vita.*

Vivere nell'insicurezza estrema e nell'indigenza, comporta la presenza di emergenze e circostanze critiche di certo non incoraggianti rispetto al prendersi cura della propria salute: tra tutte, essere in balia di probabili sfratti, alloggiare in una catapecchia nei pressi dell'autostrada, senza acqua, servizi igienici, elettricità.

Gli abitanti delle baraccopoli, affrontano disagi, talora accentuati dall'analfabetismo, per accedere a una domiciliazione e ad una copertura sanitaria. Spesso, senza l'aiuto di un interprete, l'accesso alle strutture sanitarie risulta difficoltoso. Come parte del Programma nazionale di mediazione sanitaria (PNMS), 11 mediatori e mediatrici di salute intervengono presso i baraccati accogliendo le loro richieste nei loro luoghi di vita, offrendo loro ascolto e possibilità di facilitare il collegamento con il sistema sanitario e di prevenzione. Vari gli obiettivi prefissatisi dai mediatori, nei confronti dei loro in-

terlocutori: sviluppare l'autonomia, rafforzare la capacità di prendersi cura della propria salute, migliorare la comprensione reciproca con i professionisti della salute. Il presente contributo accenna ad alcune esperienze che hanno concorso, grazie a un simile approccio, a coinvolgere le persone in un processo di migliorato accesso alla salute. La costruzione e l'uso congiunto di strumenti di prevenzione e monitoraggio adattati al livello di linguaggio, lettura e problematiche specifiche dei destinatari degli interventi, consentono in particolare di rafforzare la loro conoscenza e le loro competenze. Si tratta di strumenti preziosi per gli operatori sanitari che li usano come interfaccia nel corso della presa in carico che gli operatori stessi offrono.

### **Un gruppo di discussione per costruire supporti informativi**

A Grenoble, l'intervento di mediazione culturale sanitaria, gestito da Roms Action, ha permesso agli abitanti di una baraccopoli di accedere al servizio di pianificazione familiare di Grenoble. Ha anche contribuito alla costruzio-

ne condivisa, in un gruppo di scambio esperienziale, di materiale informativo sulla salute sessuale e riproduttiva: tavole di anatomia femminile e maschile, disegnate in maniera ludica e tradotte in rumeno, ungherese e francese. Un secondo strumento è stato creato con la stessa dinamica e dagli stessi attori intorno alla tematica del ciclo mestruale e gravidanza in rumeno, francese e lingua gitana. "Le donne hanno partecipato alla realizzazione di questi strumenti dall'inizio alla fine, coinvolte nella scelta di temi e contenuti nonché parole, immagini e forma", afferma Elsa Andrieux mediatrice di Roms Action. "L'obiettivo consisteva nel creare strumenti che riflettessero il consenso trovato in seno al gruppo rispetto a soggetti complessi che fanno appello a rappresentazioni culturali del corpo e della sessualità. Non solo. Su richiesta delle donne, è divenuto fondamentale che gli stessi strumenti conservassero una traccia degli scambi avvenuti all'interno del gruppo poiché ciò avrebbe aiutato loro ed altre, a divenire staffette del cambiamento e dell'educazione, nel quotidiano, di fi-

glie, amiche, vicine e addirittura degli uomini della loro cerchia”.

## Evocare il non detto

Lo strumento ha suscitato notevole interesse da parte dei professionisti della salute, in particolare per le sue traduzioni. I mediatori lo utilizzano soprattutto nei contesti di sostegno individuale (ad esempio nella sala d'attesa) allorché lo condividono con la persona che sta esprimendo un bisogno (ad es. monitoraggio in gravidanza, desiderio di avere un figlio). Vi ricorrono per smontare alcuni falsi miti su mestruazioni o contraccezione. Così la mediatrice sanitaria di *Médecins du monde*, a Nantes, osserva come tali strumenti si siano rivelati preziosi. Al di là delle informazioni che vi rinven- gono circa il funzionamento del proprio corpo, le donne apprezzano tali supporti in quanto realizzati con altre donne, portatrici delle medesime istanze; supporti illustrati e tradotti nella lingua rom. È un'attenzione che le sorprende e suscita in esse grande interesse. Nell'opuscolo “Il nostro corpo”, lo spazio importante riservato agli uomini sul desiderio e il concepimento del bambino, ha scatenato curiosità. Hanno scoperto informazioni sulla loro salute sessuale e riproduttiva attraverso simili strumenti, “Cose di cui abitualmente non si parla poiché da noi questo non si fa”.

## Un'agenda di maternità per le donne migranti

Sempre a Nantes, durante la stesura di una tesi e con il sostegno della mediatrice del “programma baraccopoli” di *Médecins du monde*, è stata sviluppata un'agenda della maternità adattata, il Car ‘Mat’ [1]. Si tratta di un libretto di maternità adattato, tradotto e illustrato a beneficio delle donne migranti in situazioni di vul-

nerabilità e si iscrive nel loro percorso di cura. È destinato a diverse figure di operatori affinché possano meglio comprendere le difficoltà specifiche incontrate dalle donne stesse ed essere al contempo agevolati nel coordinare il monitoraggio delle loro gravidanze. Prodotto con il sostegno del Servizio prevenzione del Fondo primario di assicurazione sanitaria (CPAM), lo strumento è stato progettato e realizzato a partire dal ricorso, in tutte le fasi del suo sviluppo, a risorse quali la revisione della letteratura e degli strumenti già esistenti e l'ascolto dei bisogni e delle opinioni espressi dagli operatori e dalle donne stesse. Il suo utilizzo è stato valutato a livello locale attraverso i resoconti di un'ostetrica [2]. Il diritto all'uso e diffusione del Car ‘Mat’ è stato ceduto, senza fini di lucro, al PNMS e agli operatori che desiderano utilizzarlo. Si tratta adesso di renderlo ampiamente disponibile, di sottoporlo a valutazione e tradurlo in altre lingue. Fanny Bordeianu, mediatrice di *Médecins du monde* a Nantes, accompagna da oltre cinque anni Ilona, 37 anni e madre di 6 bambini. Quando la conobbe, Ilona era molto riluttante rispetto al ricorso all'assistenza sanitaria e/o all'adesione a controlli medici. Poco a poco, grazie al confronto, al tempo trascorso insieme e alla fiducia crescente, Ilona ha desiderato che la mediatrice l'accompagnasse, in particolare nel monitoraggio della sua ultima gravidanza. La mediatrice ha poi presentato Car ‘Mat’ consapevole che Ilona fosse analfabeta eppure lo strumento è risultato appropriato grazie alle illustrazioni, Ilona lo ha mostrato al marito e ha iniziato a portarlo ad ogni visita chiedendo alla mediatrice di annotarvi tutti i suoi appuntamenti, orgogliosa di possedere una agenda, un dispositivo proprio. Per il parto ha scelto l'anestesia epidurale e dopo la nascita di

sua figlia la tipologia di contraccezione che le sembrava più opportuna. Il Car ‘Mat’ sembra aver costituito un innesco, un vettore di scelte proprie, una sorta di compagno lungo l'intera gravidanza e nel post-gravidanza. La mediazione culturale sanitaria è stata riconosciuta dalla legislazione in tema di ammodernamento del sistema sanitario francese, come strumento atto a “migliorare l'accesso ai diritti, alla prevenzione e alla cura delle persone lontane, vulnerabili” in mano al sistema sanitario medesimo. I mediatori culturali sanitari si rivelano professionisti a tutti gli effetti, una risorsa per pensare un accesso sanitario che tenga conto delle condizioni anche linguistiche e dell'”health literacy” dei soggetti più fragili.

*Lucile Gacon,  
responsable du Pôle Santé FNASAT,  
Fanny Bordeianu,  
médiatrice en santé, Médecins du monde,  
Nantes.*

*da la Santé en action – n° 440 – juin 2017*

*traduzione a cura di Edvige Mancinelli*

## Bibliografia:

1. ROUSSELLE A. Réalisation d'un carnet de maternité adapté au suivi de grossesse des femmes roms : étude qualitative auprès de femmes roms et des professionnels, à Nantes. [Thèse de médecine]. Université de Nantes, 2013 : 134 p. En ligne : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=d1cac7a3-ee86-4dcc-9667-efd9a109b974>
2. DRÉANO É. La Grossesse chez les femmes roms migrantes de l'agglomération nantaise : impact de la mise en place d'un carnet de maternité adapté et propositions d'accompagnement. [Mémoire en vue du diplôme de sage-femme]. Université de Nantes, 2016 : 217 p. En ligne : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=da7b17bdabca-46bb-a10e-d4c031f3e299>

# I dati sul fumo di sigaretta e le caratteristiche dei fumatori

da Indagine Passi, [www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp)

Smoke, Wayne Wang, 1995

## Alcuni dati

In Italia, la maggioranza degli adulti non fuma (circa il 56%) o ha smesso di fumare (circa 18%), ma un italiano su 4 è fumatore attivo (circa 26%). Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto. La variabilità regionale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, come Umbria, Abruzzo, Lazio e Campania.

Dal 2008 la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente in tutto il territorio italiano. Questa riduzione interessa in particolar modo le classi sociali più agiate (senza difficoltà economiche) e meno le persone economicamente più svantaggiate, fra le quali è più alta la quota di fumatori.

La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali.

Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: solo la metà dei fu-

	Fumatori	Ex-Fumatori	Chiesto se fuma	Consiglio smettere
Abruzzo	29.7	14.7	29.7	44.6
Basilicata	19.2	6.1	16.1	43.7
Calabria	24.7	12.3	29.1	44.8
Campania	28.3	13.9	40.7	60.1
Emilia Romagna	28.3	22.4	42.1	49.1
Friuli Venezia Giulia	26.0	22.1	45.5	43.7
Lazio	29.1	16.0	41.6	49.7
Liguria	25.5	20.1	33.9	45.3
Lombardia	24.3	21.5	40.4	45.5
Marche	24.1	20.1	32.5	50.1
Molise	27.0	19.1	39.0	49.2
Piemonte	24.2	18.2	36.4	50.5
Provincia di Bolzano	23.9	23.8	37.4	33.7
Provincia di Trento	25.5	23.1	46.9	45.6
Puglia	25.4	13.5	26.2	47.3
Sardegna	27.0	27.0	47.4	62.3
Sicilia	28.5	13.8	37.7	56.8
Toscana	26.0	19.7	37.8	52.5
Umbria	30.3	20.2	42.4	47.4
Valle d'Aosta	25.2	18.5	44.0	56.1
Veneto	22.7	21.4	42.3	50.2
Italia	26.4	17.9	38.1	51.1

matori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.

I dati non mostrano un chiaro gradiente geografico nell'attenzione degli operatori sanitari a questo fenomeno.

### Il tentativo di smettere di fumare

Le persone che tentano di smettere di fumare non sono numericamente tra-

scurabili: più di 1/3 dei fumatori ha tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare. Il tentativo fallisce nella stragrande maggioranza dei casi (oltre l'80%): solo una bassa quota (meno del 10%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Il tentativo di smettere di fumare si riduce all'avanzare dell'età, ma va sottoli-

neato che all'avanzare dell'età aumenta la quota di persone che riesce ad abbandonare questa abitudine (ex-fumatori) è leggermente maggiore fra le donne e non differisce per condizione socio-economica ma per titolo di studio, per cui la quota di coloro che tentano di smettere di fumare è maggiore fra quelli con un titolo medio-alto.

Le persone che tentano di smettere di fumare si riducono progressivamente nel tempo, ma va sottolineato che nel tempo si va riducendo anche la quota di fumatori. Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù senza alcun ausilio (85%, dato 2016); scarso invece l'utilizzo di farmaci o cerotti e rarissimo il ricorso ai servizi o ai corsi offerti dalle Asl.

da Indagine Passi  
[www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp)

	Tentativo di smettere	Tentativo riuscito
Abruzzo	32.9	7.8
Basilicata	28.7	9.3
Calabria	30.2	7.9
Campania	34.1	7.3
Emilia Romagna	39.7	8.1
Friuli Venezia Giulia	37.6	8.5
Lazio	34.8	7.6
Liguria	34.9	11.2
Lombardia	36.2	11.1
Marche	35.8	8.7
Molise	42.4	7.5
Piemonte	36.7	11.8
Provincia di Bolzano	43.3	12.1
Provincia di Trento	45.1	11.5
Puglia	30.7	11.0
Sardegna	47.5	10.4
Sicilia	36.7	6.8
Toscana	35.0	11.1
Umbria	40.9	6.7
Valle d'Aosta	36.3	11.3
Veneto	44.1	8.5
Italia	36.6	8.9

# Le sigarette elettroniche in Italia aiutano i fumatori che vogliono smettere?

Gruppo Tecnico Passi

Smoke, Wayne Wang, 1995

- In Italia, l'introduzione delle sigarette elettroniche ha suscitato molte speranze tra i fumatori che vogliono smettere, tra i quali 1 su 10 le usa come ausilio (tre volte più degli altri metodi)
- I fumatori che tentano di smettere di fumare con le sigarette elettroniche riportano gli stessi tassi di astinenza di quelli che usano altri metodi.

Sono queste le due considerazioni principali che emergono dall'articolo "Electronic cigarette use as an aid to quit smoking in the representative Italian population Passi survey", pubblicato sulla rivista *Preventive Medicine* (Volume 102, settembre 2017, pagine 1-5).

## Perché questo studio era necessario

C'è dibattito attorno alle sigarette elettroniche: dovrebbero essere considerate un metodo che aiuta a smettere di fumare fornendo un'alternativa sicura alle sigarette oppure, al contrario, rappresentano una minaccia per la lotta contro il tabacco, consentendo a questa industria di rendere "fumare" un comportamento normale, di reclutare nuovi fumatori e addirittura di spingere i giovani verso la dipendenza, cominciando proprio con esse?

Non è una domanda da poco: la diffusione delle sigarette elettroniche non è stata ostacolata in Italia proprio perché,

per i fumatori, queste sono più sicure delle sigarette combustibili e perché non è ancora ben chiaro se i vapori siano dannosi per gli astanti. Inoltre in Gran Bretagna, un Paese all'avanguardia nel contrasto al fumo di tabacco in Europa, le Autorità sanitarie ritengono che le sigarette elettroniche rappresentino un'arma per il controllo dell'epidemia di tabacco.

I risultati degli studi effettuati ci lasciano nella più grande incertezza. Sebbene due studi sperimentali (trial controllati randomizzati - RCT) concludano che le sigarette elettroniche possono aiutare i fumatori a smettere, un'analisi delle metodologie utilizzate rivela che la qualità di questi lavori è bassa. Inoltre, se si includono anche gli studi osservazionali (trasversali e di coorte) le prove a sostegno dell'efficacia delle e-sigarette come strumenti di supporto per i fumatori che cercano di smettere sono inconcludenti o addirittura negative (anche in questo caso la qualità delle prove è stata giudicata insoddisfacente). Insomma, se si fa un'analisi dettagliata dei risultati degli studi sull'efficacia delle sigarette elettroniche per smettere di fumare, si torna al punto di partenza: alcuni studi dicono di sì, altri di no.

## L'indagine della Sorveglianza di popolazione Passi

Passi è un sistema di sorveglianza che può dire qualcosa sull'impatto dell'introduzione delle sigarette elettroniche sui fumatori in Italia. A tal fine, i dati sono stati analizzati con gli obiettivi di:

- esplorare l'uso delle sigarette elettroniche da parte dei fumatori come ausilio per smettere
- stimare il tasso di cessazione tra i fumatori che hanno tentato di smettere con le sigarette elettroniche
- confrontare i tassi di cessazione tra quelli che hanno tentato con le sigarette elettroniche e quelli che hanno usato altri metodi.

L'analisi riguarda 6112 fumatori intervistati negli anni 2014-2015 che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno tentato di smettere, e include sia quelli che al tempo dell'intervista erano ancora astinenti, sia quelli che avevano ripreso a fumare:

- la maggioranza degli intervistati (86%) riferisce di avere tentato di smettere senza alcun aiuto
- il 10,7% dei casi di aver usato sigarette elettroniche
- il 2,9% di aver usato altri metodi di cessazione del fumo (farmaci, programmi di aiuto offerti dalla Asl e altri metodi).

Sono stati confrontati i fumatori che hanno tentato di smettere senza aiuto, con quelli che hanno usato sigarette elettroniche e quelli che hanno usato farmaci, programmi per smettere di fumare e altri metodi non specificati. Tra questi gruppi non si osservano differenze di Regione né di istruzione, ma le sigarette elettroniche sono scelte più frequentemente dagli uomini rispetto alle donne, dagli intervistati di 35-49 anni, da quelli con molte difficoltà economiche e dai forti fumatori.

Nel complesso, il 9,4% dei 6112 fumatori che hanno tentato di smettere ci sono riusciti, restando senza fumare per più di 6 mesi: questa percentuale è del 9,4% tra quelli che hanno tentato senza alcun aiuto, dell'8,2% tra quelli che hanno usato le sigarette elettroniche e del 14,6% tra quelli che hanno usato altri metodi.

Poiché alcuni fattori, come ad esempio la forza della dipendenza dalla nicotina, possono spiegare queste differenze (pensiamo ad esempio se tutti i forti fumatori avessero tentato con le sigarette elettroniche e quelli con lieve dipendenza avessero usato i farmaci), i dati sono stati analizzati con metodi multivariati. A parità di altri fattori, i soggetti che hanno usato sigarette elettroniche mostrano risultati peggiori di quelli che hanno smesso da soli, ma la differenza non è statisticamente significativa; invece i fumatori che hanno tentato di smettere con i farmaci, programmi per smettere di fumare e altri metodi non specificati hanno più successo di quelli che hanno usato le sigarette elettroniche.

### **Come interpretare questi risultati?**

#### ***Confronti con l'esperienza di altri Paesi***

Nella popolazione inglese, nei fumatori che utilizzano sigarette elettroniche per smettere i tassi di cessazione sono più elevati di quelli dei fumatori che tentano di smettere da soli (Brown et al., 2014). Per spiegare le differenze tra

i risultati registrati in Inghilterra e in Italia, è importante tener conto che le caratteristiche dei fumatori che usano le sigarette elettroniche sono piuttosto diverse tra le due popolazioni: in Inghilterra sono fumatori meno dipendenti e di più alto livello sociale (Brown et al., 2014), mentre in Italia si tratta di forti fumatori e con molte difficoltà economiche. Inoltre, l'impiego di supporti per la cessazione è più diffuso in Inghilterra rispetto all'Italia dove essi non sono rimborsabili. In Italia, usare farmaci e partecipare ai programmi di cessazione è più dispendioso che comprare sigarette elettroniche. Pertanto, non ci aspettiamo che i nostri risultati siano facilmente replicabili in altri Paesi.

#### ***Punti di forza***

In termini di ampiezza dello studio, questo realizzato dalla Sorveglianza Passi sull'utilizzo di sigarette elettroniche nel mondo reale è paragonabile a quelli condotti in Gran Bretagna e in Kansas. Passi continua a tenere sotto sorveglianza il fenomeno delle sigarette elettroniche per produrre informazioni che possano supportare le politiche sanitarie.

#### ***Punti di debolezza e cautele da adottare nel trarre conclusioni***

Lo studio ha alcuni punti deboli:

- anche se le associazioni sono state stimate al netto di altre condizioni connesse alla cessazione dal fumo, non è detto che non esistano altri fattori che possano aver causato la distorsione delle stime
- non abbiamo raccolto dati relativi al tipo di sigaretta elettronica utilizzata, mentre queste variano sia per il contenuto delle cartucce, con nicotina o senza, sia per la tecnologia. Allo stesso modo non sono state fatte distinzioni tra gli "altri metodi" per smettere di fumare;
- abbiamo rimosso dall'analisi i rispondenti che hanno smesso di fumare da meno di sei mesi al momen-

to dell'intervista, ma non abbiamo potuto rimuovere i tentativi di smettere falliti nei sei mesi precedenti perché questi non vengono registrati nel tempo;

- il grado di dipendenza dalla nicotina è stato valutato solo dal numero di sigarette fumate al giorno, mentre esistono misure più precise come lo Heavy Smoking Index (Hsi) [1]. Vale però la pena sottolineare che il numero di sigarette fumate al giorno è uno dei due item della scala Hsi;
- l'astinenza dal fumo è riferita e per questo il tasso di successo potrebbe essere sovrastimato.

### **Conclusioni**

In conclusione, tra i fumatori che cercano di smettere, quelli che usano le sigarette elettroniche come aiuto non hanno più probabilità di successo di quelli che cercano di smettere da soli e hanno meno probabilità di riuscirci di quelli che usano altri metodi (farmaci, partecipazione a programmi per smettere di fumare e altri metodi non specificati).

#### **Riferimenti:**

- Heaviness of Smoking Index misura il grado di dipendenza dalla nicotina dei fumatori, con due domande:  
Quando si sveglia al mattino, dopo quanto tempo accende la prima sigaretta? Entro 5 minuti (3 punti)/ 5-30 minuti (2 p) / 31-60 minuti (1 p.) / 60+ minuti (0 p)  
Quante sigarette al giorno, fuma? 10 o meno (0 p) / 11-20 (1 p.) / 11 - 20 (2 p.) / 21 - 30 (3 p.) 31 + (4 p.)

*Gruppo Tecnico Passi*

# Alcol ISTAT 2017 Una lettura critica

Michele Contel

Casablanca, Michael Curtiz, 1942

Il 12 aprile, si svolto come di consueto l'Alcohol Prevention Day, il principale appuntamento nazionale di richiamo sui consumi ed abusi di alcol in Italia a cura dell'ISS (ONA) con il rilascio dei dati ISTAT (indagine Multiscopo) relativi all'anno precedente (2016).

Diamo conto nelle tavole che seguono dei principali esiti della sorveglianza statistica, privilegiando gli aspetti di consumo e di abuso della popolazione generale (maggiore di 11 anni) e dei giovani (11-17 e 18-24 anni).

N.B. La ripartizione del dato tra maschi e femmine, dove indicata, si riferisce all'anno 2016.

(Per le Tabelle vedi pag. seguente)

## A) La prevalenza

Nella popolazione italiana di età maggiore di 11 anni il consumo di bevande alcoliche si presenta stazionario (era in aumento un anno fa). Anche la ripartizione tra maschi e femmine si mantiene costante.

## B) Quanto si beve di...

Gli italiani restano essenzialmente consumatori di vino e di birra, i cui consumi sono essenzialmente concentrati nelle stesse percentuali.

## C) La frequenza delle occasioni di consumo

Le diverse frequenze di consumo mostra-

no anche per l'anno 2016 la conferma di alcune tendenze già riscontrate negli anni precedenti. Prosegue la decrescita del consumo giornaliero mentre salgono sia quello occasionale sia quello fuori pasto. Rispetto a quest'ultimo comportamento sono in crescita le consumatrici (crescita che tocca anche gli occasionali), mentre si riscontra un aumento marcato del consumo femminile adulto fuori pasto almeno una volta alla settimana.

## D) La prevalenza tra i giovani

La prevalenza del consumo giovanile è in salita per i più grandi (18-24). I consumatori adolescenti (11-17), quasi stazionari rispetto al 2014, sono però in netta decrescita rispetto a 10 anni fa: erano il 29% nel 2006.

## E) Il binge drinking (popolazione)

Nella popolazione generale il binge drinking è stazionario con una marcata differenza tra i maschi e le femmine.

## F) Il binge drinking (giovani)

Il binge drinking è in aumento sia negli adolescenti sia nei giovani. Per i più piccoli si registra un aumento a carico della popolazione maschile.

Tra i giovani si conferma l'avvicinamento tra i generi. Da notare come il binge drinking sia un comportamento associato in modo significativo con la presenza di genitori bevitori (esso risul-

ta quattro volte maggiore sui figli con entrambi i genitori che bevono).

## G) Il rischio "ISS style"

Il criterio ISS di rischio (che registra i consumi abituali eccedentari e gli episodi di binge drinking) è stabile dettagli". In base a tale criterio la sottopopolazione degli italiani a rischio ammonta a 8.643.000 persone (in gran parte maschi (6,9 milioni) a fronte di solo 2,6 milioni di donne. Un dato stabile rispetto a quanto registrato nel 2015. Infine si confermano tendenze già evidenziate negli scorsi anni. In termini territoriali sia il consumo che l'abuso sono maggiori nel Nord e Centro Italia (con punte in Val d'Aosta, Province di Bolzano e di Trento, Molise). Il binge drinking ha punte in provincia di Bolzano e in Sardegna, mentre picchi di comportamenti eccedentari abituali si riscontrano in Emilia Romagna e Toscana.

## Note di contesto e commento

L'Alcohol Prevention Day 2017 non presenta evidenze di grande rilievo rispetto alle conoscenze acquisite e ai trend da tempo consolidati. Dal lato dei consumi in generale l'Italia mantiene una posizione stabile in Europa con consumi contenuti in valore assoluto associati a un consumo regolare stabilmente alto. Il modello genericamente mediterraneo, incardinato su una

frequenza di consumi (occasioni) relativamente alta ma a bassa intensità (quantità consumate), resta ancora in piedi a livello di macro popolazione. Come noto, tuttavia, le sottopopolazioni presentano dinamiche di emancipazione dagli stili di consumo tradizionali. Non stupiscono perciò la crescita dei consumi fuori pasto, l'avvicinamento, in alcuni casi, dei consumi femminili a quelli maschili, la diffusione del binge drinking (anche tra le donne), e i troppi eccessi dei giovani tra i 18 ed i 24 anni a cui va aggiunta, non da oggi, una seria attenzione ai consumi eccedentari della popolazione della prima età anziana (65- 74). Le raccomandazioni dell'ISS si focalizzano pertanto sulle popolazioni a rischio maggiore. Tra gli interventi ribaditi in conferenza vengono in primo piano le strategie di rafforzamento dell'informazione corretta e la penetrazione del messaggio preventivo a tutti i livelli della società ma prioritariamente verso i giovani e gli studenti. La conferenza ha evidenziato meno interventi di natura economica volti a restringere o condizionare l'offerta di bevande alcoliche rispetto ai più tradizionali inviti a focalizzare energie e risorse sulla consapevolezza del consumatore.

### Linee guida e consumi a basso rischio

Tuttavia la conferenza ha molto insistito sul tema dell'aggiornamento delle Linee Guida nazionali, traendo spunto dalla conclusione (dicembre 2016) dei lavori della Joint Action RAHRA (Reducing Alcohol Related Harm). RAHRA affronta anche il tema del consenso scientifico internazionale circa la nozione di consumo a basso rischio. Si tratta di un tema critico per le implicazioni di salute pubblica che da esso derivano. La Joint Action ha al riguardo svolto una rassegna della letteratura e un Delphi con 50 esperti in 7 paesi europei finalizzata a testare il consenso sullo sviluppo di "buone pratiche" da attuare tramite linee guida adottabili a livello di Stati Membri. Poiché, si sostiene, le evidenze scientifiche in costante evoluzione modificano le conoscenze sul tema, è neces-

sario adeguare nel tempo le Linee Guida. Ne deriva che la nozione di consumo a basso rischio viene interpretata dallo studio RAHRA in senso restrittivo rispetto al passato. In particolare si sottolinea:

- la centralità dell'associazione tra alcol e cancro anche a basse dosi;
- l'individuazione del consumo regolare a basse dosi come condizione che in alcuni casi è associata a mortalità precoce;
- la sovrastima degli effetti benefici dell'alcol rispetto a quelli dannosi;
- l'inopportunità di parlare di livelli di consumo di bevande alcoliche "sicuri", "sensibili" o "moderati". Si deve sempre parlare, fuori dai consumi pari a zero, di "basso rischio".

Da qui si parte per allargare il perimetro del rischio e per sollecitare il legislatore e le autorità di salute pubblica ad adottare interventi ad ampio raggio ispirati a una revisione verso il basso delle unità alcoli-

che compatibili con un basso rischio. Da notare infine il ritorno sul sito dell'ISTAT (nella giornata del 12 aprile) del tradizionale Report sull'alcol (lo scorso anno l'ISTITUTO aveva solo diffuso in concomitanza con l'APD le tavole statistiche). Cambia dopo molti anni il titolo: Il consumo di alcol in Italia, laddove fino al 2015 si intitolava Il consumo e l'abuso di alcol in Italia; una scelta che lascia intuire (forse) uno spostamento di asse anche dell'ISTAT verso un concetto più rigido di prevenzione. Ma noto, come dice il proverbio, che "il diavolo si annida nei dettagli".

Michele Contel

Segretario Generale. Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool

Da: Osservatorio News, newsletter periodica dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool, Giugno 2017

		prevalenza		%			
		2016	M	F	2015	2014	
>11 anni		64,7	77,3	52,9	64,5	63,1	

		SPLIT x BEVANDE		%	
		2016	2015	2014	
vino		51,7	52,2	50,5	
birra		47,9	45,4	45,1	
spiriti		43,2	42,1	39,9	

		X frequenza		%			
		2016	M	F	2015	2014	
Tutti i giorni		21,4	32,4	11,2	22,2	22,1	
occasionalmente		43,3	44,9	41,7	42,3	41,0	
Fuori pasto		29,2	40,5	18,7	27,9	26,9	

PREVALENZA		GIOVANI		%			
		2016	M	F	2015	2014	
11 - 17		20,4	22,9	17,9	19,0	19,4	
18 - 24		72,8	78,5	66,6	68,5	67,1	

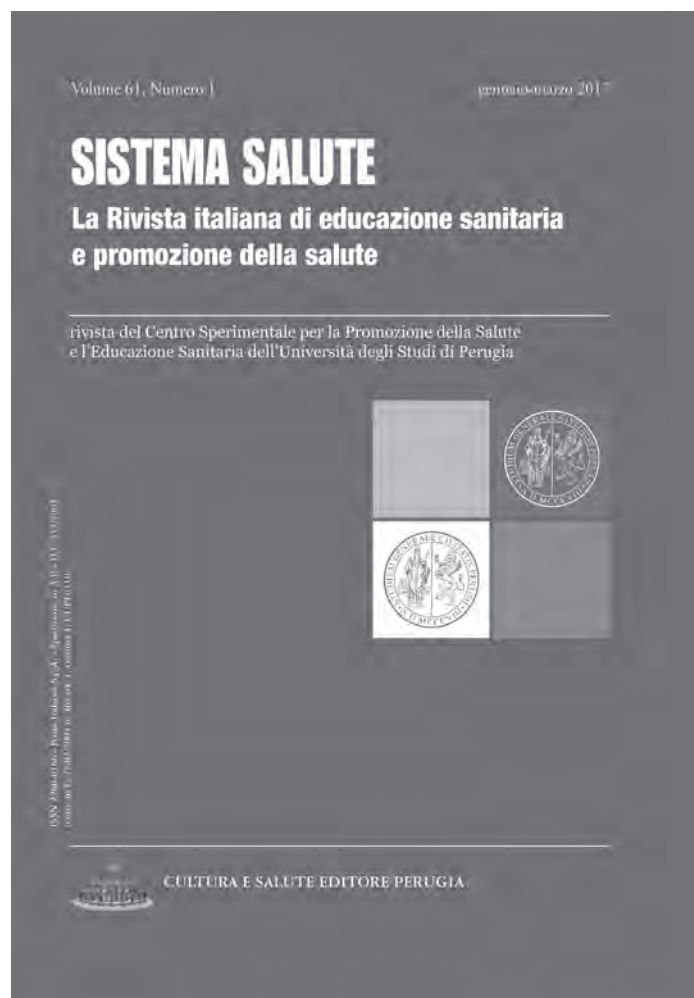
BINGE DRINK		POPOLAZIONE		%			
		2016	M	F	2015	2014	
> 11		7,5	11,2	3,7	7	6,2	

BINGE DRINK		GIOVANI		%			
		2016	M	F	2015	2014	
11-17		3,5	4,2	2,7	2,6	2,7	
18 - 24		17	21,8	11,7	15,6	14,5	

		RISCHIO ISS		%			
		2016	M	F	2015	2014	
Almeno 1		15,9	36,2	8,3	15,7	15,2	
Ab. Ecc.		10,4	34,9	7,8	10,6	10,7	
BD		7,3	11,2	3,7	7,3	6,2	



Sistema Salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

Abbonamento 2017 (4 fascicoli)

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo e 57,00 / on-line e 50,00

Privati: cartaceo e 42,00 / on-line e 30,00

Soci S.It.I.: cartaceo e 26,00 / on-line e 18,00

Soci CARD: cartaceo e 26,00 / on-line e 18,00

Estero: cartaceo e 65,00 / on-line e 55,00

Un fascicolo separato: cartaceo e 13,00 / on-line e 8,00

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre  
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

# la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del  
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA  
tel. 075 585.7357 / fax 075 585.7361 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE  
Cultura e Salute Editore Perugia  
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

## ABBONAMENTO 2017

**cartaceo** € 25,00 / **on-line** € 15,00 / **cartaceo + on-line** € 30,00

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre  
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770