

HEALTH LITERACY

Nel 1998 l'OMS, riprendendo quanto sviluppato da Nutbeam, nel Glossario di promozione della salute definisce l'*health literacy* come l'insieme delle capacità cognitive e sociali che determinano la motivazione e l'abilità degli individui per accedere, comprendere e utilizzare le informazioni, sì da promuovere e mantenere un buon livello di salute¹. L'OMS inquadra, di fatto, il concetto nella dimensione delle *life skills*, affermando che la *health literacy* implica il raggiungimento di un livello di conoscenza, abilità e consapevolezza utili a intraprendere azioni per migliorare la salute individuale e della comunità, promuovendo il cambiamento degli stili e delle condizioni di vita.

Il riferimento alla "salute della comunità" e alle "condizioni di vita" sottolinea quanto la *health literacy* sia rilevante non soltanto per la salute individuale, ma quanto eserciti un peso per la partecipazione della comunità a decisioni che hanno un impatto sulla salute della popolazione (la cosiddetta *critical health literacy*), aprendo definitivamente la strada allo sconfinamento di tale disciplina in ambito di prevenzione collettiva di promozione della salute (*public health literacy*).

Il ruolo della *health literacy* nell'ambito della sanità pubblica

Il primo articolo in cui si fa riferimento esplicito al concetto di *public health literacy* risale presumibilmente al 2005. In questo articolo Gazmarian e collaboratori si interrogano se sia etico che professionisti della salute forniscano informazioni troppo difficili o poco accessibili ai cittadini/clienti/pazienti, spesso incentrate sugli aspetti scientifici, comprensibili solo dagli esperti del settore².

Tale criticità, ripresa ed affrontata da numerosi altri autori, verrà descritta da Rowlands e Nutbeam come "*the inverse information law*" ossia come "la legge dell'informazione

inversa" in base alla quale "quelli che hanno i più bassi livelli di *health literacy* hanno anche i più bassi livelli di informazione sanitaria"³.

L'articolo di Gazmarian e dei suoi collaboratori prosegue affermando che, fino ad allora, l'attenzione alla *health literacy* era stata prevalentemente limitata all'ambito sanitario in senso stretto e, nello specifico, alla comunicazione tra i servizi sanitari e i pazienti, e proseguono lanciando una nuova sfida, quella della *public health literacy*, vista come un livello più elevato di alfabetizzazione sanitaria, nel quale gli individui siano in grado di comprendere non solo le informazioni sulla salute che li riguardano da vicino, ma anche quelle che interessano l'intera comunità.

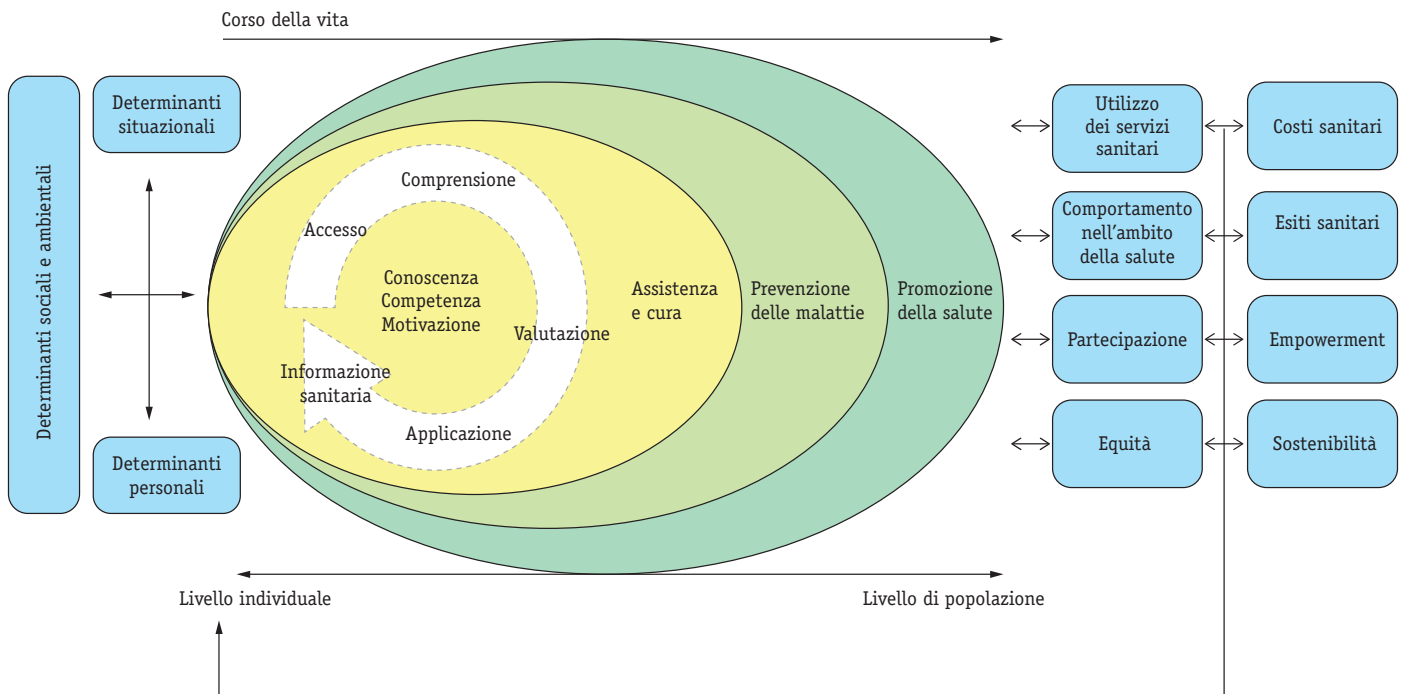
In questo senso, le abilità di *public health literacy* sono essenziali e "spendibili" per comprendere, ad esempio, il ruolo di un fattore di rischio ambientale e per riconoscere le eventuali distorsioni nelle informazioni riportate dai media. Affermando che "la qualità dell'informazione sanitaria che gli americani ricevono, la capacità di capire e usare quella informazione è la chiave per costruire un'America più sana e che colmare il gap in *health literacy* è una questione di etica e di equità, essenziale per ridurre le disuguaglianze nella salute", gli autori elencano sei passaggi per raggiungere l'obiettivo primario di una società maggiormente *health-literate*:

- definire le caratteristiche di una popolazione *health-literate*;
- sviluppare strumenti e indagini per misurare il livello di *health literacy* di una popolazione;
- valutare in modo critico gli sforzi comunicativi del personale sanitario;
- potenziare le capacità comunicative e di ascolto del personale sanitario;
- riconoscere che, a differenza della *health literacy*, possedere conoscenze teoriche su determinati argomenti di salute è condizione necessaria ma non sufficiente per impegnarsi a mantenere e promuovere comportamenti salutari;
- sviluppare collaborazioni estese tra sanità pubblica e altri professionisti per raggiungere l'obiettivo di mantenere e promuovere comportamenti.



Questo articolo è tratto dal blog **Saluteinternazionale.info**, che ringraziamo per la gentile concessione alla pubblicazione.

MODELLO INTEGRATO DI HEALTH LITERACY



La parte centrale dello schema è occupata dalle dimensioni della health literacy: a sinistra si fa riferimento ai fattori prossimali e distali che la influenzano, mentre a destra agli outcome della stessa. Modificata da Sørensen et al⁶.

Le dimensioni essenziali della public health literacy

Freedman nel 2009 definisce la public health literacy come “la condizione attraverso la quale individui e gruppi possono ottenere, processare, comprendere, valutare e mettere in pratica le informazioni necessarie per rendere le decisioni di sanità pubblica utili per la comunità”, concetto distinto ma correlato con la *health literacy* individuale⁴. L'autore individua tre dimensioni essenziali della *public health literacy*:

- il fondamento concettuale (le conoscenze necessarie);
- le abilità critiche necessarie per ottenere, processare, valutare e mettere in pratica le informazioni;
- l'orientamento civico (competenze e risorse necessarie per affrontare le problematiche di salute attraverso l'impegno civico).

Successivamente Sørensen e collaboratori sviluppano un modello integrato che riassume le dimensioni *evidence-based* della *health literacy* e risponde ad una nuova, o meglio articolata, definizione: “la *health literacy* è legata al saper leggere e scrivere e riguarda le conoscenze, le motivazioni e le

competenze delle persone ad accedere, comprendere, valutare e mettere in pratica le informazioni per esprimere giudizi e prendere delle decisioni nella vita di tutti i giorni, riguardanti l'assistenza sanitaria, la prevenzione e la promozione della salute per mantenere e migliorare la qualità della vita per tutto il corso della vita”⁵.

Le dimensioni e fattori/condizioni correlate alla *health literacy* vengono sistematizzate all'interno dello schema concettuale esposto nella figura.

I fattori che influenzano il livello di health literacy

Numerosi fattori influenzano il livello di *health literacy* di individui e di popolazioni. Tali fattori possono essere l'età, il genere, il livello di istruzione, l'alfabetizzazione, le esperienze di malattia, il livello socioeconomico, l'occupazione, la padronanza linguistica, il background culturale, la presenza di disabilità fisiche o il deterioramento cognitivo, le limitazioni nella vista o nell'udito, oltre a determinanti legati al contesto, quali l'influenza della famiglia e dei pari, le condizioni

sociali e ambientali nelle quali ci si trova a vivere. Nello specifico, il contesto di vita – e di cura – può da un lato compensare gli effetti di una bassa *health literacy*, favorendo la comunicazione e la fruibilità delle informazioni inerenti alla salute da parte di coloro che hanno maggiore difficoltà e, dall'altro, diventare l'occasione per far aumentare il livello di *health literacy* di individui e popolazioni. Nella stessa prospettiva si collocano anche altri autori. Nello specifico, Rowland fa riferimento al fatto che la *health literacy* è anche un set di abilità cognitive e sociali che può essere sviluppato attivamente attraverso l'educazione alla salute e l'educazione personalizzata del paziente, sviluppo che non dipende soltanto dalle abilità cognitive (fattori individuali) ma anche dall'esposizione a differenti forme di comunicazione e messaggi³. L'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care fa invece riferimento al concetto di "*health literacy environment*": sistemi, organizzazioni, scelte politiche, procedure, protocolli adottati a livello nazionale, regionale e locale in grado di rendere più semplice per i cittadini navigare, comprendere e utilizzare informazioni e servizi che riguardano la salute⁶. Tra questi, le organizzazioni sanitarie giocano un ruolo di rilievo e sono definite *health-literate* qualora riconoscano il valore della *health literacy* e la integrino nei processi di erogazione delle cure, nel modello organizzativo e nei processi comunicativi, secondo quanto descritto dall'Institute of Medicine e riassunto in 10 attributi che le organizzazioni sanitarie dovrebbero possedere e mettere in pratica⁷.

Il 'core' della *health literacy*

Conoscenze, competenze e motivazioni costituiscono il cuore della definizione della *health literacy*, contraddistinguendola dalla singola acquisizione di conoscenze (aspetto meramente nozionistico) o di competenze (abilità raggiunte con l'addestramento), e sono finalizzate all'accesso, alla comprensione, alla valutazione e alla messa in pratica delle informazioni sulla salute durante tutto il corso della vita. Questo processo è associato a tre domini (cura, prevenzione e promozione della salute) che rappresentano una progressione da una prospettiva individuale a quella collettiva, inglobandone sia la visione clinica che quella di sanità pubblica (vedi figura a pag 27).

Risultati

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

Chiara Lorini e Guglielmo Bonaccorsi

Dipartimento di Scienze della Salute,
Università degli Studi di Firenze

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Health Promotion Glossary. WHO, Geneva, 1998.
2. Gazmararian JA, Curran JW, Parker RM, Bernhardt JM, DeBuono BA. Public health literacy in America: an ethical imperative. *Am J Prev Med* 2005; 28 (3): 317-322.
3. Rowlands G, Nutbeam D. Health literacy and the "inverse information law". *Br J Gen Pract* 2013; 63 (608): 120-121.
4. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med* 2009; 36 (5): 446-451.
5. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
6. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Statement On Health Literacy, 2014.
7. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise AJ, Schillinger D. Ten attributes of health literate health care organizations. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies, 2012.