

L'alfabetizzazione sanitaria nelle scuole di vario ordine e grado: sottoprodotto dell'alfabetizzazione o valore aggiunto per futuri cittadini più pronti?

CHIARA LORINI, GUGLIELMO BONACCORSI*

RIASSUNTO: Il contributo approfondisce il concetto di Health Literacy (HL), dalle origini fino ad oggi evidenziando, in particolare, il passaggio da abilità individuale a proprietà di gruppi, comunità, popolazioni e organizzazioni.

Infine, l'articolo affronta l'insegnamento della HL a scuola, come dimensione di conoscenza e competenza che contribuisce a ridurre le disuguaglianze in salute, con rilevanti implicazioni etiche e sociali. Ma anche come strumento utile a procurare informazioni sulla salute, risolvere problemi di salute e promuovere la salute e il benessere.

PAROLE CHIAVE: alfabetizzazione sanitaria, scuola, salute, benessere.

ABSTRACT: The contribution explores the concept of Health Literacy (HL), from its origins to the present day highlighting, in particular, the transition from individual skills to ownership of groups, communities, populations and organizations.

Finally, the article deals with the teaching of HL at school as a dimension of knowledge and competence that contributes to reducing inequalities in health, with relevant ethical and social implications. But also as a useful tool for providing health information, solving health problems and promoting health and well-being.

KEY-WORDS: Health Literacy, school, health, well-being.

* Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute (DSS).

1. Introduzione

Il concetto di *health literacy* (HL, in italiano alfabetizzazione sanitaria), ha fatto la sua comparsa negli anni Settanta del secolo scorso negli USA per descrivere le capacità delle persone di leggere e comprendere informazioni sanitarie cartacee utilizzate in contesti clinici. In ambito statunitense, l'interesse per tali capacità originava primariamente dalle problematiche comunicative frequentemente riscontrate tra operatori sanitari e pazienti di etnie diverse, con difficoltà linguistiche, e/o con basso livello di istruzione, spesso accompagnate da condizioni economiche precarie che già minavano la possibilità di accesso a un sistema sanitario classista e di chiaro stampo privatistico. Tali difficoltà sono andate acuendosi con il mutare del contesto epidemiologico e la sempre maggiore diffusione delle malattie cronicodegenerative, che comportano la necessità di far sviluppare al paziente abilità di autocura ed empowerment (i cosiddetti “pazienti esperti”); ciò serviva e serve a modificare un tipo di assistenza tradizionalmente basata soprattutto su servizi e prestazioni ospedaliere, storicamente le più costose e quelle a più difficile accesso.

A partire da questa primordiale dimensione culturale e operativa, nel tempo la HL ha registrato un crescendo di interesse e significati, che hanno portato allo sviluppo di attività e ricerche in tutto il mondo, in contesti differenti per geografia, cultura, storia, tradizioni, status socioeconomico delle comunità residenti. In particolare, alle applicazioni sviluppate in ambito clinico a livello individuale e tarate sulla persona portatrice di uno specifico bisogno di salute, si sono via via aggiunte quelle rivolte a specifici gruppi a rischio - per patologie croniche diffuse - o alla popolazione generale nel suo complesso - soprattutto come istanza e strumenti di promozione dei livelli di *welfare* esistenti e di prevenzione verso fattori di rischio generali; infine, la HL ha finito per interessare l'ambito dell'organizzazione delle strutture sanitarie e della gestione del rapporto tra professionisti di salute e utenti dei servizi sanitari, rapporto da sempre complesso perché asimmetrico e sbilanciato tra versante del bisogno e versante della decisione tecnico-scientifica professionale.

Ad oggi, la HL è riconosciuta come determinante di salute e numerosi sono gli studi che fanno emergere come bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria siano tra le cause principali di disuguaglianze nella salute (Rowlands, 2017).

Nel contempo, la HL è diventata oggetto di interesse anche di nazioni e governi ed è stata inclusa in numerosi documenti programmatici finalizzati alla promozione della salute, alla prevenzione, all'organizzazione e alla qualità dei servizi sanitari. A tale proposito, numerosi sono attualmente i Paesi che hanno prodotto specifici Piani di Azione e sviluppato ricerche-intervento volte a comprendere meglio il ruolo della HL nonché le azioni necessarie da intraprendere per incrementarne il livello, con il fine ultimo di innalzare sia il livello di salute complessivo delle comunità di riferimento, sia la consapevolezza e le occasioni garantite ai cittadini per intraprendere quei percorsi di autocoscienza e conoscenza che si proiettano alla realizzazione di un empowerment maturo ed efficace. Infine, sempre più abbondante è la produzione scientifica su riviste *peer reviewed* di vari ambiti disciplinari, dalla medicina alle scienze sociali. In tal senso, uno dei filoni più recenti e promettenti, anche se ancora poco esplorato, riguarda il ruolo e la misura della HL di gruppi, comunità e popolazioni come risultante delle interazioni e degli scambi tra soggetti diversi, anziché come sommatoria dei contributi dei singoli cittadini.

2. La health literacy: da abilità individuale a proprietà di gruppi, comunità, popolazioni e organizzazioni

Nella letteratura scientifica, la HL è stata menzionata per la prima volta nel 1974 da Simonds in riferimento alla capacità di gestire parole e numeri in un contesto medico (Simonds, 1976). Negli articoli medici pubblicati negli anni successivi, più volte viene fatto riferimento a tali abilità: Parker, ad esempio, afferma che possedere un'adeguata alfabetizzazione sanitaria funzionale (*prose literacy, numeracy*) significa essere in grado di applicare le competenze di alfabetizzazione a materiali relativi a salute, benessere e percorsi di cura, come prescrizioni mediche, appuntamenti scritti per prestazioni sanitarie diagnostiche o cliniche, "bugiardini" di farmaci e indicazioni per poter usufruire di assistenza domiciliare (Parker, 1995).

Don Nutbeam è il primo autore che amplia la definizione di HL, includendola anche nell'area dell'educazione sanitaria e della promozione della salute. Secondo la sua enunciazione, ripresa nel Glossario di promozione della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità,

l'alfabetizzazione sanitaria rappresenta l'insieme di abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e mantenere una buona salute. Nella stessa definizione, Nutbeam si riferisce in modo esplicito anche alla relazione tra HL e *empowerment*: egli afferma, infatti, che tale disciplina, contribuendo a migliorare l'accesso delle persone alle informazioni sanitarie e la loro capacità di utilizzarle in modo efficace, diviene fondamentale per la realizzazione dell'*empowerment* (Nutbeam, 1998). Egli sottolinea inoltre come la HL costituisca un obiettivo di sanità pubblica, nonché una sfida da vincere per la promozione della salute e per la comunicazione efficace (Nutbeam, 2006). Egli individua e definisce tre diversi domini/dimensioni della HL, cui corrispondono differenti e complementari abilità utili a produrre salute, di seguito descritti.

- Alfabetizzazione sanitaria funzionale (*functional health literacy*). Si riferisce alle competenze di base di lettura, scrittura, gestione di numeri e alfabetizzazione generale che consentono alle persone di recepire le comunicazioni che riguardano la salute e l'utilizzazione dei servizi nei contesti sanitari; sono riconducibili a questo dominio anche le competenze più complesse in ambiti specifici che si acquistano nel corso della vita, quali le competenze in ambito scientifico (esempio, concetti di probabilità e di rischio), civico (come la comprensione del ruolo dei vari organi di governo), digitali (come le capacità di effettuare ricerche su internet).

- Alfabetizzazione sanitaria interattiva (*interactive health literacy*). È costituita dal set di abilità comunicative e sociali che servono per estrapolare e comprendere significati da forme comunicative differenti e per applicare le nuove conoscenze al cambiamento delle circostanze; sono riconducibili a questo dominio le abilità necessarie, ad esempio, per condividere con il personale sanitario il proprio percorso di cura, per scambiare, nell'ambito della propria rete sociale, conoscenze e informazioni utili per la propria e l'altrui salute o per prendere parte a una discussione pubblica su tematiche di interesse sanitario.

- Alfabetizzazione sanitaria critica (*critical health literacy*). Si riferisce alle abilità cognitive e sociali che consentono di analizzare criticamente le informazioni e di utilizzarle per esercitare un maggior controllo sugli eventi e sulle situazioni della vita, per sviluppare un *empowerment* efficace, sia a livello individuale che di comunità, e quindi per mettere in atto azioni individuali e collettive per agire sui

determinanti della salute, contrastando le disuguaglianze; tali abilità sono inoltre indispensabili per orientarsi all'interno del proprio sistema sanitario. Il ruolo della critical HL è emerso con forza nel contesto dell'infodemia che ha caratterizzato e sta caratterizzando la pandemia da COVID-19, che ha prodotto una costante realtà di incertezza medico-scientifica: comprendere, elaborare e utilizzare in modo appropriato le notizie sulla COVID-19 è particolarmente difficile per i non esperti, dato l'attuale alto grado di incertezza della conoscenza e la pletera di informazioni fornite da fonti differenti e con diverso grado di affidabilità, con conseguente difficoltà nell'adottare con costanza i comportamenti necessari a contenere il rischio di contagio (Abel, 2020).

Una ulteriore evoluzione del concetto di HL rispetto alla salute della collettività è emersa nella 7th *Global Conference on Health Promotion*, tenutasi a Nairobi (Kenya) nell'ottobre 2009. Nello *working document* "Health literacy and health promotion: definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region" (Kanj, 2009) si riporta che l'alfabetizzazione sanitaria è, di fatto, una forma di *empowerment* della comunità: essa è necessaria per rafforzare le attività della cittadinanza finalizzate al miglioramento della salute complessiva, per far comprendere alle persone i loro diritti come pazienti, per migliorare la loro capacità di navigare nel il sistema sanitario, per agire come consumatori informati sui rischi per la salute connessi con l'utilizzo di prodotti e servizi, nonché per agire individualmente o collettivamente per migliorare la salute mediante l'espressione di voto durante le consultazioni elettorali, l'*advocacy* o l'appartenenza a movimenti sociali.

Tali affermazioni richiamano il concetto di *Public Health Literacy*, ovvero dell'alfabetizzazione sanitaria globale della popolazione per la popolazione. Essa consiste nell'insieme di abilità necessarie per ottenere, elaborare e comprendere le informazioni inerenti alla salute e nel metterle in atto con una prospettiva di sanità e salute pubblica. Gli individui che possiedono queste abilità sono pertanto in grado di comprendere che le conoscenze e i comportamenti appropriati influenzano non solo la propria salute, ma anche quella della propria comunità, dimostrando un forte senso civico e di responsabilità collettiva (Gazmararian, 2005; Freedman, 2009).

Di nuovo, il ruolo della *Public Health Literacy* è emerso con forza durante la pandemia COVID-19: essa consente di comprendere, ad esempio, che la vaccinazione contro SARS-CoV 2 non è solo un intervento di protezione individuale, ma anche di protezione collettiva, e richiama pertanto aspetti che hanno a che fare con il senso etico e di appartenenza alla comunità. Consente inoltre di comprendere che il diritto alla salute come bene collettivo diventa esigibile solo se collegato a un insieme di doveri e di responsabilità individuali e collettive, tra cui il dovere di rispettare le norme a tutela della salute e dell'incolumità collettiva, il dovere di non sprecare le risorse del Sistema Sanitario, il dovere di pagare le tasse (Maciocco, 2021). Pertanto, possiamo affermare – quantomeno su base teorica - che possedere un elevato livello di *Public Health Literacy* ha un impatto positivo sulla salute dell'intera comunità, a tutela di tutti i soggetti che la compongono, compresi coloro che possiedono un basso livello di alfabetizzazione sanitaria. D'altro canto, lo stesso Ufficio Regionale Europeo dell'OMS ha definito la HL come la capacità delle persone di agire come partecipanti informati nei processi decisionali che riguardano la salute e lo sviluppo. In tale prospettiva e con uno sguardo al futuro risulta particolarmente appropriata la discussione introdotta da Jay E. Maddock in un recente editoriale dal titolo “Should public health literacy be a core requirement for college students?”, pubblicato sul *Journal of Public Health Management and Practice* (Maddock, 2020).

Sørensen e colleghi (2012), come risultato di una estesa revisione di letteratura, hanno sviluppato un modello concettuale di alfabetizzazione sanitaria, in una chiara prospettiva di sanità pubblica. Secondo la definizione proposta, la «health literacy è legata al saper leggere e scrivere e riguarda le conoscenze, le motivazioni e le competenze delle persone per accedere, comprendere, valutare e mettere in pratica le informazioni onde esprimere giudizi e prendere 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». Il nucleo del modello riguarda quindi le competenze necessarie per accedere, comprendere, valutare e mettere in pratica le informazioni relative alla salute, richiamando i tre domini descritti da Nutbeam (*functional, interactive e critical HL*). Ognuna di queste competenze rappresenta una dimensione cruciale dell'alfabetizzazione sanitaria, richiede specifiche qualità cognitive e dipende dalla qualità delle informazioni fornite. Secondo questo mo-

dello integrato, numerosi fattori influenzano il livello di HL di individui e popolazioni (antecedenti). D'altro canto, la HL influenza i comportamenti e l'uso dei servizi sanitari, con conseguenze in termini di *outcome* di salute e di costi per l'individuo e la collettività. In questa prospettiva, dunque, la HL assume dignità di determinante di salute, con un forte impatto in termini di equità e di sostenibilità dei sistemi sanitari e, più in generale, delle opportunità di miglioramento della qualità della vita degli individui e delle popolazioni.

Poiché le caratteristiche del contesto di vita cambiano nel tempo e la capacità di navigare nel sistema sanitario dipende dallo sviluppo cognitivo e psicosociale, nonché dalle esperienze precedenti e attuali, le abilità e le competenze dell'alfabetizzazione sanitaria si sviluppano nel corso della vita grazie all'informazione e all'educazione. In tal senso, studi recenti sottolineano l'importanza di investire sulla HL già dai primi anni di vita, per aiutare i bambini e gli adolescenti a diventare adulti *health literate* con abilità, competenze e atteggiamenti ben interiorizzati durante il corso della vita (Paakkari, 2019; Paakkari, 2019; Okan, 2020; Sørensen, 2020). L'OMS stessa riconosce la HL come una risorsa per lo sviluppo personale, sociale e culturale dei bambini e in un recente Concept Paper dal titolo "Health literacy in the context of health, well-being and learning outcome – the case of children and adolescents in school" (WHO Europe, 2021) si spende con forza per informare i decisori politici che si occupano di salute e di educazione sulla necessità di promuovere la HL dei bambini e degli adolescenti nei contesti scolastici. Questa visione era di fatto già presente nella Dichiarazione di Shanghai sulla promozione della salute e nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (ONU, 2015): "L'alfabetizzazione sanitaria si fonda sull'accesso inclusivo ed equo a un'istruzione di qualità e all'apprendimento permanente. Deve essere parte integrante delle abilità e delle competenze sviluppate nel corso della vita, prima di tutto attraverso il curriculum scolastico".

Peraltro, non in tutti i contesti e in tutte le ricerche a bassi livelli di HL corrispondono peggiori esiti di salute. Uno dei motivi di questa incongruità di risultati si spiega con le caratteristiche predominanti dei sistemi sanitari delle diverse nazioni: nelle strutture organizzate per la presa in carico delle patologie anziché degli individui, la relazione HL/livello di salute sembra spuria e non lineare; nelle organizzazioni che invece si fondano sulla cura delle persone e non delle patologie, i

cui i professionisti sanitari si concentrano sulle abilità necessarie per interfacciarsi con la complessità delle persone, al di là e oltre il bisogno specifico indotto dalla malattia in sé, l'HL diventa parte integrante della relazione di cura. In tal senso, nascono e si sviluppano organizzazioni sanitarie *health literate (health literate healthcare organization – HLHO)*, che riconoscono la HL nella loro *mission*, si aprono ai cittadini con diversi livelli di alfabetizzazione sanitaria, mirano alla riduzione delle disuguaglianze nell'accesso e a favorire la comprensione - da parte dei cittadini - delle informazioni utili alla corretta gestione dei percorsi di cura (dalla prevenzione alla riabilitazione, comprendendo anche la promozione della salute dei soggetti sani).

Oltre ai professionisti sanitari, altre persone esercitano un ruolo importante nelle scelte che ogni individuo compie per la propria salute. Infatti, comunemente le persone consultano la propria rete di contatti nell'ambito dei processi decisionali relativi alla salute; il livello di HL delle persone "chiave", i cosiddetti *health literacy mediators* (rappresentati da figli, amici, parenti, persone di fiducia), contribuisce ad aumentare la HL individuale o ad agire con meccanismi compensatori (si pensi, nello specifico, al ruolo della componente interattiva). Per alcune persone, come i bambini o i soggetti con deterioramento cognitivo, alla rete sociale di riferimento della persona viene attribuita delega completa per quanto riguarda le decisioni da assumere: in tale prospettiva, il livello di HL dei *caregiver* risulta un elemento chiave rispetto agli esiti di salute della persona assistita. In particolare, alcuni studi hanno evidenziato come esista una relazione tra livello di HL di *caregivers* formali e informali di anziani non autosufficienti e alcuni esiti di salute delle persone assistite, con la corretta assunzione della terapia farmacologica e l'utilizzo appropriato di presidi medico-chirurgici, nonché con alcuni esiti del *caregiver* stesso (autoefficacia e "caregiver burden") (Li, 2020; Efthymiou, 2021; Häikiö, 2020).

La HL può quindi essere vista anche come una abilità diffusa, una risorsa distribuita nella rete sociale, una proprietà collettiva (*distributed health literacy*) (Kendir, 2020; Papen, 2009). In questo ambito, gli studi sono particolarmente recenti e si concentrano soprattutto sull'effetto della *distributed* HL nella gestione delle patologie croniche (Edwards, 2015; Abreu, 2018/a; Abreu, 2018/b), ma Sentell e coll. (2014) sono andati oltre e hanno condotto uno studio sulla popolazione generale, dal quale emerge che sia la HL individuale che quel-

la media del quartiere di vita sono due predittori indipendenti della salute individuale percepita.

Inoltre, due lavori recenti pubblicati dal nostro gruppo di ricerca (Lorini, 2018; Lorini, 2020) hanno fatto emergere il ruolo potenziale di determinante di salute della HL di popolazione, calcolata come variabile ecologica a livello di Paese:

– essa risulta correlata con alcuni indicatori *proxy* di *empowerment* e di salute della popolazione espressi come variabili ecologiche (tra i quali: Consumer Empowerment Index; percentuale di adulti che usano internet per cercare informazioni sulla salute e per interagire con le autorità pubbliche; prevalenza di sovrappeso; spesa totale per la salute);

– considerando alcuni indicatori specifici e noti in letteratura (stato di salute percepito, stato nutrizionale, adesione a screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina), le disuguaglianze di salute legate alla cittadinanza sono più elevate nei Paesi che presentano un livello di HL della popolazione più basso.

I risultati di questi studi suggeriscono che, se da un lato il livello di HL della popolazione è correlato – e forse contribuisce a determinare – il livello di HL individuale, esso è anche un determinante della salute di per sé: sarebbe quindi auspicabile che misure del livello di HL della popolazione fossero routinariamente inserite e calcolate nella valutazione dei bisogni di salute della popolazione, onde favorire la progettazione di interventi che considerino anche tale dimensione e possano garantire risultati migliori e più *comprehensive*.

3. Health literacy a scuola: una questione etica?

La scuola è identificata da tempo come uno dei luoghi privilegiati per la promozione della salute, in primis per la *mission* specifica che essa esercita, e poi perché rappresenta il contesto comune nel quale tutti i bambini possono essere raggiunti indipendentemente dal loro background sociale, culturale o economico. Pertanto, gli interventi scolastici volti a promuovere l'alfabetizzazione sanitaria possono contribuire a ridurre le disuguaglianze in salute, con rilevanti implicazioni etiche e sociali (Patton, 2016).

Leena Paakkari e Shanti George, in una loro recente pubblicazione (Paakkari, 2018), affrontano nello specifico gli elementi di eticità legati allo sviluppo e alla promozione della HL nei contesti scolastici, con una particolare attenzione a tre aspetti: le motivazioni (“why”), i contenuti e gli obiettivi (“what”) e le modalità (“how”).

Il punto di partenza (“why”) è il riconoscimento della salute come diritto universale (Nazioni Unite, 1948), sancito anche da alcune Carte Costituzionali, tra cui quella della Repubblica Italiana (art. 32: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”). Ne deriva l’imperativo etico di porre gli individui, i gruppi, le comunità e le popolazioni nelle condizioni di mettere in atto scelte proattive per la propria salute, e quindi di promuovere l’alfabetizzazione sanitaria. Inoltre, se fra gli scopi principali dell’istruzione vi è quello di contribuire a ridurre le disuguaglianze (UNESCO, 2014), allora l’acquisizione di competenze e abilità specifiche di alfabetizzazione sanitaria a scuola – ovvero in un contesto in cui si sviluppano in un modo più ampio e generale le abilità individuali – coadiuva con efficacia nella riduzione delle disuguaglianze in salute tra bambini di diverse classi socioeconomiche, investendo aspetti di giustizia sociale e valore morale. I contenuti e le modalità formative offerti nelle scuole sono e restano fondamentali in ogni tempo e contesto geografico, e se l’alfabetizzazione sanitaria viene inclusa nei curricula scolastici in modo difforme, ovvero solo in alcuni paesi, stati o scuole, il divario nell’apprendimento delle competenze sanitarie che ne consegue potrebbe addirittura aumentare le disuguaglianze di salute tra gli alunni.

Quali dovrebbero essere i contenuti specifici di alfabetizzazione sanitaria da offrire e potenziare a scuola? In questo caso, è necessario considerare il mutato contesto comunicativo generatosi grazie alla digitalizzazione dell’informazione. Ad oggi, infatti, in gran parte del mondo – almeno della parte più abbiente – molte informazioni sulla salute sono facilmente accessibili a tutte le età, anche per adolescenti e bambini, come conseguenza della globalizzazione e dello sviluppo della rete di collegamenti informatici a livello planetario (OECD, 2005). Pertanto, riflettendo sul “cosa” (“what”) insegnare a bambini e ragazzi nei contesti scolastici in merito all’alfabetizzazione sanitaria, dobbiamo necessariamente orientarci non soltanto sui contenuti specifici da apprendere, peraltro soggetti a naturale obsolescenza con l’avanzamento della ricerca e delle conoscenze, ma necessariamente

anche sul modo (“how”) in cui le informazioni vengono trasmesse e comprese. Lo sviluppo di Internet e dei social media, strumenti a cui si rivolge l'intera popolazione e in maggior misura proprio i ragazzi in età scolare, richiede competenze molto avanzate non solo – e non tanto – per navigare, ma soprattutto per valutare e utilizzare efficacemente le informazioni sanitarie provenienti dalle fonti più disparate; in questo contesto di sovrabbondanza informativa diventano cruciali le abilità necessarie per porsi criticamente nei confronti delle varie origini informative, per distinguere tra contenuti veri e falsi, e soprattutto valutare la “scala di grigi” che si pone tra questi due estremi.

Servono, pertanto, forti competenze di *digital health literacy* (DHL), in primis della sua componente *critical*: lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi di un pensiero critico nell'approccio alla ricerca di informazioni sulla salute all'interno dell'ambiente virtuale consentirà loro, quando si troveranno da adulti ad assumere decisioni in prima persona, da un lato di porsi con la consapevolezza che le conoscenze evolvono nel tempo, dall'altro di applicare questa abilità anche a tematiche diverse da quelle che riguardano esclusivamente la salute. L'acquisizione di familiarità nei confronti di sfide, opportunità e criticità legate all'evoluzione del mondo digitale costituisce pertanto una grande risorsa per la salute di bambini e ragazzi.

La *Public Health Literacy*, fortemente correlata con il senso civico, di appartenenza alla comunità e di responsabilità nei confronti degli altri, risulta fortemente in linea con i contenuti e gli obiettivi dell'educazione civica, ad oggi materia di insegnamento trasversale delle scuole italiane. Lo sviluppo di abilità e competenze che consentono ai bambini e ai ragazzi di agire in modo eticamente responsabile e di assumersi la responsabilità sociale delle proprie scelte in tema di salute costituisce un presupposto essenziale per la promozione della salute e per un futuro sostenibile (Paakkari, 2012; Tannahill, 2008; WHO Europe, 2021).

Pertanto, l'insegnamento della HL nei contesti scolastici può interessare trasversalmente varie discipline e caratterizzarsi come set di abilità “di base” da sviluppare durante tutto il percorso scolastico. La stessa OMS, d'altronde, da tempo supporta tale indicazione enfatizzando la necessità di un duplice approccio pedagogico: da un lato, l'inserimento di curricula specifici di educazione alla salute; dall'altro, lo sviluppo di un approccio, appunto, trasversale (“whole-

school approach”) (WHO Europe, 2021). Molti Paesi hanno già introdotto nei curricula scolastici – nello specifico, nell’ambito della promozione della salute e dell’educazione sanitaria – l’apprendimento delle conoscenze sulla salute, delle abilità e competenze sanitarie, degli atteggiamenti e dei comportamenti (WHO Europe, 2021). È comunque importante sottolineare che l’alfabetizzazione sanitaria non è sinonimo di promozione della salute e di educazione sanitaria e pertanto non le sostituirà nei contesti scolastici; piuttosto, è dimensione di conoscenza e competenza che diventa strumento utile a procurare informazioni sulla salute, risolvere problemi di salute e promuovere la salute e il benessere (WHO Europe, 2021).

Due esempi di Paesi virtuosi nella promozione della HL a scuola sono rappresentati da Finlandia e Germania (WHO Europe, 2021).

In Finlandia, dal 2004 l’educazione alla salute costituisce materia obbligatoria nelle scuole di ogni ordine e grado. La definizione degli obiettivi dell’educazione alla salute si basa sul modello concettuale della HL e prevede lo sviluppo, in modo differenziato durante il percorso scolastico, di:

- conoscenze teoriche sulla salute, intese come informazioni e conoscenze di base;
- abilità pratiche relative alla salute, sia orientate ai comportamenti individuali, come quelle relative all’igiene personale, sia più generali, come quelle relative alla capacità di cercare informazioni;
- pensiero critico, ovvero abilità di confrontare, classificare e costruire informazioni, oltre a valutare la credibilità delle informazioni sulla salute;
- autocoscienza, abilità di riflettere su sé stessi;
- senso civico, abilità di pensare alle conseguenze delle proprie azioni sugli altri e sul mondo, di agire in modo etico e responsabile e di partecipare attivamente alla promozione della salute collettiva.

In Germania, l’educazione alla salute e la HL non sono materie obbligatorie all’interno dei curricula scolastici, ciononostante, il tema della salute viene trattato nei programmi di varie materie, anche a seguito delle indicazioni della Conferenza dei Ministeri dell’Educazione e degli Affari Culturali che, nel 2012, ha pubblicato una serie di raccomandazioni in merito all’insegnamento nelle scuole della promozione della salute e della prevenzione. Recentemente è stata introdotta, a livello nazionale, una cornice di riferimento teorica per finalizzare l’insegnamento dell’educazione digitale e dell’alfabetizzazione digi-

tale nelle scuole. Tale cornice identifica sei aree di azione (o di competenza) di “educazione in un mondo digitale”, che hanno la finalità di assicurare che tutti i bambini siano in grado di raggiungere abilità digitali entro il 2026. L’approccio trasversale all’educazione digitale è in linea con l’approccio educativo delle scuole tedesche, nelle quali gli obiettivi sono definiti soprattutto per apprendimento di competenze e meno per contenuti specifici. Un modello siffatto ben si adatta all’inserimento della HL tra gli obiettivi formativi (Schulenkorf, 2021).

4. Considerazioni finali e prospettive in merito all’insegnamento dell’alfabetizzazione sanitaria a scuola

I curricula scolastici riflettono, o dovrebbero riflettere, le competenze che le società considerano rilevanti per bambini, giovani e adulti e include generalmente anche competenze relative alla salute. Un numero crescente di Paesi ha già adottato, e altri si apprestano a farlo, un curriculum scolastico basato sulle competenze e la HL rientra a pieno nelle competenze e abilità necessarie per la vita: pertanto, dovrebbe essere prevista all’interno dei percorsi scolastici.

Costruire una prospettiva di insegnamento scolastico della HL, però, rappresenta una vera sfida con numerose criticità da risolvere: in primis, la formazione degli insegnanti alla HL nelle sue diverse sfaccettature e dimensioni, individuale, comunitaria e di popolazione, premessa indispensabile all’inserimento nel curriculum scolastico e a una ricaduta efficace sugli alunni. Quindi, una efficace formazione “a tappeto” è possibile soltanto in presenza di una ambiente supportivo, ovvero se tutti gli stakeholder – dai genitori, ai dirigenti scolastici e via via a tutti i protagonisti del mondo della scuola - siano consapevoli e convinti della necessità di investire sulla alfabetizzazione sanitaria di bambini e ragazzi. Il sistema scolastico dovrebbe poi rappresentare solo un *primum movens*, ovvero l’incipit della formazione alla HL che dovrebbe essere proseguita *lifetime* in un sistema educativo che possa proseguire negli anni e far guadagnare quelle abilità e competenze necessarie a gestire e migliorare la propria salute, quelle della rete sociale di riferimento e dell’intera comunità civile.

Chiaramente, questo necessita di un investimento, politico e culturale: le scuole dovrebbero seguire un percorso già iniziato – ma ben lungi dall’essere terminato – dalle organizzazioni sanitarie, ovvero intraprendere la strada delle *health literate (school) organization*, e investire in leadership e mandato educativo. Per fare questo, è necessaria una volontà politica che appoggi – dal livello nazionale al locale, dal ministero dell’educazione alla singola scuola – un cammino sicuramente difficile e incerto; creare un’alleanza stretta tra chi governa stato e regioni e chi dirige i singoli plessi in una visione comune, mirata a educare i cittadini del domani alle competenze della HL per essere persone migliori, più capaci di costruire un mondo in cui la salute sia il fine di e per tutti. Se riusciremo a instillare nelle coscienze dei ragazzi, fin dall’obbligo scolastico, un briciolo di abilità di HL per sé stessi e per la comunità di domani, crediamo che la salute di tutti possa diventare un traguardo più facilmente perseguibile.

Riferimenti bibliografici

- ABEL T., & MCQUEEN D., Critical health literacy and the COVID-19 crisis. «Health promotion international», 35(6), 2020, pp. 1612-1613.
- ABREU L., NUNES J.A., TAYLOR P., & SILVA S., Distributed health literacy among people living with type 2 diabetes in Portugal: Defining levels of awareness and support, «Health & social care in the community», 26(1), 2018, pp. 90-101.
- ABREU L., NUNES J. A., TAYLOR P., & SILVA S., The role of distributed health literacy in asthma integrated care: a public medical context from Portugal, «International journal of integrated care», 18(2), 2018.
- EDWARDS M., WOOD F., DAVIES M., & EDWARDS A., Distributed health literacy’: longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition, «Health Expectations», 18(5), 2015, pp. 1180-1193.
- EFTHYMIOU A, MIDDLETON N, CHARALAMBOUS A, PAPASTAVROU E., Health literacy and eHealth literacy and their association with other caring concepts among carers of people with dementia: A descriptive correlational study, «Health Soc Care Community» May 6,

2021. doi: 10.1111/hsc.13341. Epub ahead of print. PMID: 33956368.
- FINN S. & O'FALLON L., The emergence of environmental health literacy from its roots to its future potential, «Environmental health perspectives», 125(4), 2017, 495-501.
- FREEDMAN D.A., BESS K.D., TUCKER H.A., BOYD D.L., TUCHMAN A.M., WALLSTON K.A., Public health literacy defined, «Am J Prev Med», 36(5), 2009, pp. 446-51. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.001.
- GAZMARARIAN J.A., CURRAN J.W., PARKER R.M., BERNHARDT J.M., DEBUONO B.A., Public health literacy in America: an ethical imperative, «Am J Prev Med», 28(3), 2005, pp. 317-22.
- HÄIKIÖ K, CLOUTIER D, RUGKÅSA J., Is health literacy of family carers associated with carer burden, quality of life, and time spent on informal care for older persons living with dementia? «PLoS One», Nov 20;15(11), 2020, e0241982. doi: 10.1371/journal.pone.0241982. PMID: 33216771; PMCID: PMC7678960.
- KANJ M., & MITIC W., *Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region*. In 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, 2009, pp. 26-30).
- KENDIR C. & BRETON E. Health Literacy: From a Property of Individuals to One of Communities, «Int J Environ Res Public Health», Mar 2;17(5), 2020, 1601. doi: 10.3390/ijerph17051601. PMID: 32131441; PMCID: PMC7084319.
- LI Y., HU L., MAO X., SHEN Y., XUE H., HOU P., LIU Y., Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling, «Geriatr Nurs», Sep-Oct;41(5), 2020, pp. 600-607. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.03.014. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32327281.
- LORINI C., CAINI S., IERARDI F., BACHINI L., GEMMI F. & BONACCORSI, G., Health Literacy as a Shared Capacity: Does the Health Literacy of a Country Influence the Health Disparities among Immigrants?, «International journal of environmental research and public health», 17(4), 2020, 1149.
- LORINI C., IERARDI F., BACHINI L., DONZELLINI M., GEMMI F., & BONACCORSI G., The antecedents and consequences of health liter-

- acy in an ecological perspective: results from an experimental Analysis, «International journal of environmental research and public health», 15(4), 2018, 798.
- MACIOCCO G. *Il diritto alla salute*, in BONANNI P, BONACCORSI G, MACIOCCO G. *Manuale di Igiene e sanità pubblica*, Carocci Faber, Firenze 2021, pp. 19-38.
- MADDOCK J.E., & MOORE, J.B., Should Public Health Literacy Be a Core Requirement for College Students?, «Journal of Public Health Management and Practice», 26(4), 2020, pp. 304-305.
- NUTBEAM D., Health promotion glossary, «Health Promotion International», 13, 1998, pp. 349-364
- , Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, «Health promotion international», 15(3), 2000, pp. 259-267.
- OECD. *The definition and selection of key competencies*, in *Executive summary*; 2005. <https://www.oecd.org/pisa/35070367.pdf>.
- OKAN O., PAAKKARI L., DADACZYNSKI K., *Health literacy in schools: state of the art*, Schools for Health in Europe Network Foundation, Haderslev 2020.
- PAAKKARI L., INCHLEY J., SCHULZ A., WEBER M.W., OKAN O., Addressing health literacy in schools in the European region, «Public Health Panorama», 5, 2019, pp. 186-90. doi: 10.1093/eurpub/ckaa165.152 20.
- PAAKKARI L., OKAN O., Health literacy-talking the language of (school) education, «HLRP: Health Literacy Research and Practice», 3, 2019, pp. e161– 4. doi: 10.3928/24748307-20190502-01 19.
- PAAKKARI L., PAAKKARI O., Health literacy as a learning outcome in schools, «Health Educ.» 2012;112(2):133–52.
- PAAKKARI L. & GEORGE S., Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises (‘why’), orientations (‘what’) and tone (‘how’), «BMC public health», 18(1), 2018, pp. 1-10.
- PAPEN U. (2009). Literacy, learning and health: a social practices view of health literacy, «Literacy and numeracy Studies», 16(2), 19-34.
- PARKER R.M., BAKER D.W., WILLIAMS M.V., NURSS J.R., The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients & literacy skills, «J Gen Intern Med», Oct, 10(10), 1995, pp. 537-41. doi:10.1007/BF02640361. PMID: 8576769.

- PATTON G.C., SAWYER S.M., SANTELLI J.S., ROSS D.A., AFIFI R., ALLEN N.B. et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing, «Lancet», 387(10036), 2016, pp. 2423-78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.
- ROWLANDS G., NUTBEAM D., Health literacy and the inverse information law, «Br J Gen Pract.», Mar, 63(608), 2013, pp. 120-1. doi: 10.3399/bjgp13X664081. PMID: 23561756; PMCID: PMC3582948.
- ROWLANDS G., SHAW A., JASWAL S., SMITH S., HARPHAM T., Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners, «Health Promot Int.», Feb 1;32(1), 2017, pp. 130-138. doi: 10.1093/heapro/dav093. PMID: 28180257.
- SCHULENKORF T., KRAH V., DADACZYNSKI K., OKAN O., Addressing Health Literacy in Schools in Germany: Concept Analysis of the Mandatory Digital and Media Literacy School Curriculum, «Front Public Health.», Jul 5(9), 2021, pp. 687389. doi: 10.3389/fpubh.2021.687389. PMID: 34291029; PMCID: PMC8287418.
- SENTELL T., ZHANG, W., DAVIS, J., BAKER, K.K., & BRAUN, K.L., The influence of community and individual health literacy on self-reported health status, «Journal of general internal medicine», 29(2), 2014, pp. 298-304.
- SIMONDS S.K., Health education as social policy, «Health Education Monographs», 2.1, suppl., 1974, pp. 1-10.
- SØRENSEN K., OKAN O., Health Literacy. Health Literacy of children and adolescents in school settings Global Health Literacy Acad/ Fac of Educational Science, Univ Bielefeld/Internat School Health Network, 2020.
- 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», 12:80, 2012. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- TANNAHILL A., Beyond evidence to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement, «Health Promot Int.» 23(4), 2008, pp. 380-90.
- UNESCO, *UNESCO education strategy 2014–2021*, Paris 2014.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Health literacy in the context of health, well-being and learning outcomes the case of children and adolescents in schools: the case of children and adolescents in schools*. No. WHO/EURO: 2021-2846-42604-59268. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2021.
- , *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development Health Promotion International*, 32, 2016, pp. 7-8. doi:10.1093/heapro/daw103.