



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari

Educazione e formazione alla salute.

Health education and training

Relatore:

Prof.

Atzori Flavia

Tesi di Laurea di:

Tega Enrica

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

Introduzione	3
1. Cultura e Salute	8
1.1. Contrasto ai comportamenti nocivi	12
1.2. I fattori di rischio	14
1.2.1. <u>Fattori di rischio modificabili</u>	15
1.2.2. <u>Fattori di rischio non modificabili</u>	16
1.3. Sguardo alla società e alla cultura	17
1.4. Health literacy	23
1.4.1. <u>Operatori sanitari e health literacy</u>	27
2. L'educazione sanitaria	32
2.1. Dall'educazione alla promozione alla salute	36
2.2. Educazione terapeutica	39
2.2.1. <u>L'educazione terapeutica digitale</u>	39
2.3. La natura educativa delle professioni sanitarie	42
3. Prospettiva delle istituzioni rispetto al tema dell'educazione e formazione alla salute	46
3.1. L'OMS e l'educazione e promozione alla salute	46
3.1.1. <u>La carta di Ottawa</u>	47
3.1.2. <u>La dichiarazione di Jakarta</u>	48
3.2. L'Italia e l'educazione alla salute e a corretti stili di vita	50
3.3. L'importanza della promozione alla salute a scuola e nei servizi educativi per la prima infanzia	52
4. Metodi e strumenti per l'educazione e la formazione alla salute	57
4.1. Strategie di base per l'educazione alla salute	57
4.2. Le cinque aree di azione promozionale per una vita sana	63
4.3. L'istruzione come strumento per l'educazione e la formazione alla salute	63
4.4. La promozione dell'attività fisica nell'educazione alla salute	66
4.4.1. <u>L'attività fisica nei bambini e negli adolescenti</u>	66
4.4.2. <u>L'attività fisica nei luoghi di lavoro</u>	68

4.5. La promozione della sana alimentazione nella promozione alla salute	71
4.5.1. <u>L'obesità nei bambini</u>	71
4.5.2. <u>L'educazione alimentare nei luoghi di lavoro</u>	74
5. Caratteristiche di una comunicazione efficace	77
5.1. I livelli di comunicazione	78
5.2. La sociologia della comunicazione	80
5.3. Le criticità della comunicazione nel sistema salute	82
5.4. La comunicazione per promuovere il cambiamento	84
5.5. Comunicare la promozione alla salute	86
5.5.1. <u>La comunicazione trasparente</u>	88
5.6. Requisiti e caratteristiche di una comunicazione efficace	90
5.7. Il processo di comunicazione	92
5.7.1. <u>Sviluppo di un piano e di una strategia</u>	92
5.7.2. <u>Sviluppo e pre-test di messaggi e materiali</u>	93
5.7.3. <u>Realizzazione del progetto</u>	93
5.7.4. <u>Monitoraggio, Valutazione e Miglioramento</u>	94
Conclusioni	

INTRODUZIONE

L'Italia è il terzo dei paesi più longevi al mondo, ma non è sempre stato così. L'aspettativa di vita degli italiani (83 anni) è aumentata di 10 anni rispetto a 150 anni fa (Istat, 2023).

Questo passaggio dall'alta alla bassa mortalità è associato ad un cambio delle principali cause di malattia e morte. La “transazione demografica” è andata di pari passo alla “transazione epidemiologica” che caratterizza il passaggio dalle malattie infettive ed acute, tipiche delle condizioni di vita più disagiate e della povertà, alle malattie cardiovascolari, oncologiche, neurodegenerative e metaboliche.

Gli anni che un italiano medio può trascorrere in buona salute sono 10 in meno di quelli complessivi di vita e ciò è da imputare alle malattie sopra descritte. La perdita di salute in età avanzata, oltre ad essere imputata al declino naturale del corpo, deve ricercarsi anche nell'esposizione a stili di vita e fattori ambientali che contribuiscono all'insorgere delle malattie.

Nel 2002 la WHO ha creato una collaborazione su scala mondiale per valutare effettivamente quali sono i fenomeni che possono minare la salute delle singole persone. Ogni evento che rappresenta una minaccia è definito risk: “a probability of an adverse outcome, or a factor that raises this probability”; sta ad indicare la probabilità che qualcosa di avverso avvenga, oppure di un fattore che va ad aumentare significativamente la probabilità.

Ci sono, dunque, fattori capaci di mettere a rischio la salute dell'uomo e alcuni di essi sono: sotto peso, carenza di ferro, abuso di alcool, pressione alta, colesterolo alto, sesso non protetto, utilizzo di tabacco, assunzione di acqua non potabile.

Spesso questi fenomeni di rischio si concentrano in zone in cui la popolazione risulta povera, mentre se si vanno a valutare i paesi maggiormente industrializzati, questi avranno delle problematiche più specifiche generate da uno stile di vita poco sano e molto spesso dal consumo di alimenti ultra processati, infatti anche l'obesità è un fattore di rischio ricorrente.

Allo scopo di scongiurare l'alta incidenza di mortalità e malattie croniche, si dovrebbe aumentare la consapevolezza nei cittadini, sviluppare politiche che sostengano stili di vita più salutari, sostenere il consumo di frutta e verdura, scoraggiare la pratica del fumo, diminuire l'abuso di alcool, ridurre il consumo di cibi ipercalorici, diminuire la concentrazione di sale, zucchero e grassi all'interno degli alimenti, incoraggiare la mobilità e l'attività fisica delle persone all'interno delle palestre o all'aria aperta.

Ciò su cui si dovrebbe fare leva sono proprio i fattori di rischio modificabili come il diabete, il fumo, la sedentarietà, l'obesità, la colesterolemia e la pressione alta.

I fattori di rischio che invece non possono essere modificati come ad esempio il sesso e la familiarità creano una certa predisposizione a diverse malattie.

In Italia, i dati preoccupanti sono evidenziati dalla differenza tra il sud ed il nord, dalla morbosità più alta ed anche una mortalità maggiore tra le classi sociali ed economiche inferiori così come accade per il sud (Istat 2017).

Il contrasto alla mortalità e all'incidenza di determinate patologie può essere offerto dall'educazione sanitaria la quale è, come definisce Seppilli (1969, p.224): “un intervento sociale, che tende a modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento nei confronti dei problemi della salute. Essa presuppone la conoscenza del patrimonio culturale del gruppo e la focalizzazione dei suoi interessi soggettivi, e richiede la rimozione delle resistenze opposte dal gruppo all'intervento” e, qualche anno dopo – nel 1972 – come “un processo di comunicazione interpersonale, diretto

a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute ed a responsabilizzare gli individui ed i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti – diretti ed indiretti – sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività”.(1972, pp. 161-177)

Educare alla salute significa diffondere conoscenze che influenzano l'economia, l'ambiente e la società, impattando direttamente sulla salute e sull'utilizzo dei servizi sanitari tramite politiche mirate.

La Carta di Ottawa identifica ambiente, economia e società come i principali determinanti della salute, sui quali si può intervenire per promuovere il benessere dei cittadini.

Le professioni sanitarie, supportate dall'OMS e da altre organizzazioni mondiali, lavorano per tradurre strategie di promozione della salute in azioni pratiche, coinvolgendo diverse parti interessate come la società civile, le istituzioni europee, le organizzazioni internazionali e l'industria alimentare.

Programmi educativi attivi nelle scuole e nei servizi per l'infanzia cercano di trasmettere abitudini sane fin dalla giovane età.

L'educazione alla salute coinvolge una vasta gamma di attori, tra cui media, istituzioni educative, famiglie e professionisti sanitari, per fornire informazioni, creare un ambiente favorevole e sviluppare abilità che promuovano il benessere personale e sociale. Questo processo educativo mira a risolvere problemi e promuovere scelte di vita salutari attraverso una comunicazione efficace, che sia persuasiva e fiduciosa, utilizzando sia il linguaggio verbale che non verbale. Pertanto, è fondamentale sensibilizzare i cittadini e migliorare i canali di informazione ed educazione per promuovere uno stile di vita sano.

In questa tesi verranno analizzate le cause e le motivazioni alla base di una maggiore concentrazione di malattie cronico-degenerative in specifiche categorie sociali della popolazione, attribuibili a stili di vita inadeguati. Saranno evidenziati gli strumenti più appropriati e fondamentali da mettere a disposizione dei cittadini affinché possano autonomamente compiere scelte di vita consapevoli e salutari. Inoltre, sarà fornita un'interpretazione del ruolo delle istituzioni, sia sanitarie che non, nel supportare la salute complessiva della popolazione italiana.

Nel primo capitolo verrà spiegato come la scarsa attenzione dei cittadini verso la tutela della propria salute e il mantenimento di stili di vita salutari e preventivi è strettamente collegata al loro livello culturale, che spesso risulta inferiore alla media ottimale, comportando una bassa "health literacy"; questo porta a significative differenze di speranza di vita, morbosità e disabilità tra i vari gruppi sociali, con le persone più abbienti e istruite che godono di migliore salute e vivono più a lungo, e le regioni più povere che presentano indicatori di salute meno favorevoli, con meccanismi di disuguaglianza noti e azioni di contrasto chiare.

Il secondo capitolo illustrerà il ruolo fondamentale dell'educazione sanitaria che, col tempo, è diventata processo di comunicazione interpersonale, mirato a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi di salute e a responsabilizzare individui e gruppi sociali nelle loro scelte. Verrà evidenziato il ruolo dell'educazione sanitaria nel potenziare le conoscenze e la capacità decisionale dei cittadini riguardo ai problemi di salute.

Le prospettive delle istituzioni, rispetto alla salute globale, saranno trattate nel terzo capitolo: i numerosi progetti messi in campo dall'OMS per favorire la promozione della salute e l'importanza dell'educazione alla salute a scuola e nei servizi educativi per la prima infanzia.

Il quarto capitolo mira ad illustrare i metodi e gli strumenti che consentono di raggiungere l'obiettivo principale dell'educazione alla salute: influenzare gli antecedenti del comportamento per promuovere stili di vita sani, attraverso interventi a livello individuale, di gruppo o comunitario. Si vedrà come l'approccio al cambiamento sociale mira a modificare l'ambiente politico e sociale per facilitare scelte di vita più sane, con azioni come il divieto di fumare nei luoghi pubblici, l'etichettatura completa dei prodotti di consumo, la creazione di piste ciclabili e l'obbligo di fornire dispositivi di protezione ai lavoratori.

Nell'ultima parte della tesi (quinto capitolo) si esplicheranno le caratteristiche di una comunicazione efficace, in quanto è una strategia chiave per fornire informazioni alla popolazione sui temi della salute e per mantenerli in primo piano nelle agende pubbliche; sta divenendo sempre più un importante fattore per dare maggiore empowerment alle singole persone e alle comunità.

CAPITOLO I

Cultura e Salute

Nonostante la cultura venga spesso vista come un insieme di valori personali contrapposti all'oggettività scientifica, tutti gli individui seguono sistemi di valori che spesso non vengono presi in considerazione. Questi sistemi sono al contempo radicati e dati per scontati, ma anche dinamici e mutevoli. Di conseguenza, essi generano nuove esigenze che possono risultare problematiche, spesso incontrando resistenza e adattamenti lenti da parte delle pratiche assistenziali consolidate (Sciolla 2008).

A causa delle sfide finanziarie che molti sistemi di assistenza sanitaria affrontano e della dispersione significativa di risorse finanziarie dedicate all'assistenza sanitaria, diventa sempre più complesso delineare un confine netto tra le cure biomediche e i sistemi di valori che influenzano la nostra visione del benessere umano.

Quando i limiti economici influenzano la fattibilità, lo status socioeconomico crea le proprie dinamiche di sicurezza e insicurezza, che attraversano nazionalità, radici etniche, orientamento di genere, età e convinzioni politiche. Lo status socioeconomico genera nuove culture, caratterizzate dai livelli di sicurezza sociale e di restrizione delle scelte, favorendo alcuni individui e svantaggiandone altri. La situazione finanziaria, quindi, contribuisce significativamente al quadro culturale, ma non ne esaurisce l'intera

complessità. La capacità di affrontare le avversità e la fiducia nella possibilità di plasmare il proprio futuro sono influenzate da un senso di sicurezza sociale che, sebbene correlato in parte all'aspetto finanziario, abbraccia anche altri aspetti della vita (Napier D et al., 2014).

Un'ampia evidenza dimostra che l'aumentare del livello di istruzione di un individuo è strettamente correlato al suo status socio-economico e porta a miglioramenti oggettivi nei suoi indicatori di salute. In sostanza, coloro che godono di maggiore ricchezza e istruzione tendono anche ad avere uno stato di salute migliore. Anche il ricorso appropriato alle prestazioni sanitarie è correlato al livello di istruzione: l'uso delle strutture sanitarie non sembra dipendere tanto dall'effettivo bisogno di cure ma piuttosto dalla capacità dei cittadini di conoscere i servizi offerti e di essere in grado di accedervi (Becarelli, 2020).

Applicando il concetto di salute secondo la definizione dell'OMS, l'aumento dell'aspettativa di vita registrato negli ultimi trent'anni, che attualmente si avvicina agli 85 anni in media in Italia, può essere attribuito a una serie complessa di fattori legati agli sviluppi culturali dell'intera società. Questi includono la disponibilità e la salubrità del cibo, l'adozione di pratiche igieniche a livello personale e abitativo, la conoscenza e la gestione dei principali fattori di rischio come il fumo e l'alcol, la raccolta e la corretta gestione dei rifiuti e dei liquami, l'implementazione di norme per garantire la sicurezza sul lavoro e, non da ultimo, l'accesso agevolato a livelli più elevati di istruzione (GBD, 2017).

Nel 2002 la WHO ha effettuato una collaborazione a livello mondiale con diversi studiosi al fine di evidenziare i fenomeni che col passare degli anni sarebbero stati una minaccia per la salute delle persone su scala globale.

Ogni evento è stato definito *risk*: “*a probability of an adverse outcome, or a factor that raises this probability*” (WHO, 2002, p. 3) ovvero si tratta della probabilità di un qualcosa di avverso, oppure di un fattore che aumenta tale probabilità. Questi *risks* sono dei fattori che hanno la potenziale capacità di mettere a rischio la salute dell’uomo. Risulta difficoltoso rintracciarli tutti, ma il report ne ha individuati alcuni tra i più dannosi e maggiormente frequenti: assunzione di acqua non potabile, utilizzo di tabacco, sesso non protetto, obesità, abuso di alcool, colesterolo alto, pressione alta, sottopeso, carenza di ferro.

Nei Paesi molto più sviluppati e industrializzati, le morti in giovane età sono causate per la malnutrizione e il peso eccessivo, riguardano quindi soggetti obesi.

Questo scenario si presenta in Europa, Nord America, e alcune zone asiatiche che si affacciano sull’Oceano Pacifico. Molti bambini e adulti presentano problematiche di colesterolo e pressione sanguigna, che comportano rispettivamente 7 milioni e 4 milioni di morti ogni anno. E nel caso dei soli adulti, essi presentano problemi legati all’eccessivo consumo di alcool e fumo di tabacco, causando 5 milioni di morti ogni anno (WHO 2022).

Sulla base del report, la WHO ha infine considerato che, paradossalmente, più un paese è sviluppato, più sono frequenti le morti premature. Ciò non vuole significare che i Paesi sottosviluppati abbiano un’aspettativa di vita maggiore, piuttosto in base allo studio è possibile definire che le minacce arrecate dai *risks* sono minori rispetto a quanto accade invece nei paesi in cui l’industrializzazione è altissima. Considerando il tipo di alimentazione adottata nei Paesi maggiormente industrializzati, i quali consumano ormai da anni cibi tutt’altro che naturali, sottoposti ad elaborati processi di lavorazione e, considerando anche l’alta percentuale che questi cibi occupano nella dieta, è evidente che i dati suddetti sono in linea con questi.

L'obesità è una delle più grandi sfide per la salute pubblica del 21° secolo; le società e i governi devono agire per frenare l'epidemia.

Le politiche nazionali dovrebbero incoraggiare e offrire opportunità per una maggiore attività fisica e migliorare l'accessibilità economica, la disponibilità e l'accessibilità degli alimenti sani; dovrebbero inoltre incoraggiare il coinvolgimento di diversi settori governativi, della società civile, del settore privato e di altre parti interessate. ("WHO European Regional Obesity Report 2022")

1.1 Contrasto ai comportamenti nocivi

Attuare delle strategie per modificare i comportamenti che risultano scorretti è, tutt'oggi, l'unica arma di difesa contro l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica.

Adottando pratiche che evitino il fumo, mangiare equilibrato e sano, evitando l'abuso di alcol, e praticando il movimento fisico che il corpo richiede, molti nemici della salute si possono prevenire.

Le strategie che promuovono stili di vita salutari sono efficaci solo se non si accontentano dei vari successi conseguiti, ma studiano le cause dei soggetti che hanno avuto degli insuccessi. Per fare questo è necessario creare nuovi metodi di promozione ed aumentare l'impegno profuso per modificare i trend che non sono positivi.

Pertanto i fattori di rischio, essendo prevedibili, necessitano che si adottino politiche e ed interventi efficaci su cui si possa agire a livello globale. Non di meno, le condizioni socio-ambientali, gravano sul peso della mortalità prematura; malattie e disabilità vanno a gravare in modo significativo sulla società intera.

Pertanto, ciò che i governi sia locali che nazionali, dovrebbero fare, è rendere più agevoli le opzioni sane e, al contrario, più difficoltose quelle dannose. Questo proprio perché nessun governante è capace di influenzare in modo diretto le scelte operate dai singoli cittadini.

Le scelte dovrebbero dunque essere pilotate attuando (Laporta, 2021):

- Attività normativa, integrata nelle strategie intersettoriali per trasformare gli ambienti di vita.
- Diffusione di informazioni che possano aumentare la consapevolezza.
- Assegnare risorse specifiche per sostenere azioni esemplari, mirate all'avvenimento di pratici cambiamenti nelle circostanze della vita

I comportamenti dannosi causano malattie e gravano sui sistemi sia sanitari che sociali, ed il motivo è esterno a quest'ultimo. Per affrontare questi problemi è necessario sviluppare politiche quali (Cadum, 2021):

- incoraggiare la mobilità e l'attività fisica delle persone (trasporti e greening urbano),
- sostenere il consumo di frutta e verdura,
- diminuire, negli alimenti, la concentrazione di sale, zucchero e grassi,
- ridurre la proporzione di cibi ipercalorici all'interno della dieta,
- scoraggiare la pratica del fumo ove possibile,
- diminuire l'abuso di alcol.

L'attuazione di queste politiche richiede l'intervento di vari ministeri e dipartimenti nel Sistema della Sanità, nonché accordi con produttori, distributori e altre strutture correlate.

I soli Sistemi Sanitari possono aumentare l'attenzione sulla diagnosi precoce e sul trattamento dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia, aiutare i fumatori a smettere di fumare e curare l'obesità e tutte le pratiche scorrette per la salute.

Promuovere una politica sanitaria che ponga le strutture al centro di diversi interventi, vicini agli utenti, come cliniche, distretti socio sanitari e medici di base, svolge un ruolo particolarmente decisivo.

Inoltre, i ministeri della sanità e dei sistemi sanitari possono svolgere il ruolo di “sostenitori della salute dei cittadini” per evidenziare l'impatto delle politiche governative sulla salute dei cittadini.

1.2 I fattori di rischio

Molte malattie, ad esempio quelle cardiovascolari, hanno un'eziologia multifattoriale. Questo significa che presentano più fattori di rischio che, tutti assieme, concorrono allo sviluppo delle malattie.

I fattori di rischio, qualora siano presenti in una determinata persona, vanno ad aumentare la possibilità di incidenza di una specifica malattia in un determinato tempo. Unitamente al fatto che i fattori di rischio delle malattie cardiovascolari sono, grazie agli studi scientifici, ben definiti, è possibile definirne una certa prevedibilità.

I fattori di rischio possono essere divisi in due macro gruppi (Whitehead M. et al., 2001). Al primo gruppo fanno capo i fattori di rischio che si possono modificare utilizzando farmaci in base alle necessità (come nel caso di colesterolemia alta, sedentarietà, fumo, pressione arteriosa alta e diabete) o utilizzando uno stile di vita sano.

Al secondo macro gruppo appartengono invece i fattori di rischio che non possono essere modificati né con un corretto stile di vita, e nemmeno con l'assunzione di specifici farmaci. In questo caso i fattori che non si possono modificare sono l'età, la familiarità e il sesso.

In generale ogni persona ha un determinato rischio intrinseco di contrarre determinate malattie, in base all'avanzare dell'età. Non c'è un livello di rischio nullo per nessun soggetto. Ciò che è possibile fare, è ridurre il rischio relativamente ai fattori modificabili creando un quadro clinico il più possibile ottimale (Baggio G. et al., 2014).

1.2.1 Fattori di rischio modificabili

I fattori di rischio modificabili sono tutti quelli che, qualora si modifichino determinate abitudini, possono migliorare fortemente la situazione del soggetto. L'assunzione di specifici farmaci, e il miglioramento delle condizioni di vita.

Tra essi abbiamo (Ministero della Salute, 2021):

- Fumo: è una delle pratiche di vizio maggiormente diffuso in Italia. Un soggetto su quattro è fumatore. È il fattore di rischio dotato di maggiore importanza.
- Diabete: I soggetti affetti dal diabete hanno una produzione di insulina bassa oppure non la utilizzano come si deve. A causa di questo si ha un innalzamento dei livelli di glucosio all'interno del sangue: si parla di glicemia.
- Sedentarietà: per definire una persona che è sedentaria si parla di condizioni di inattività fisica per la maggior parte del suo tempo eccetto il sonno. Un soggetto viene definito sedentario nel momento in cui si trova sdraiato, seduto, oppure si muove con mezzi passivi come i mezzi o l'automobile.
- Obesità: “L'obesità è una condizione di eccesso ponderale che è condizionata da una situazione di accumulo eccessivo di grasso corporeo relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo” (epicentro.iss.it-Obesità).
- Pressione arteriosa alta: Nei casi di pressione arteriosa alta si parla di ipertensione ed è una situazione in cui il sangue all'interno delle arterie ha una pressione elevata.
- Colesterolemia alta: il colesterolo è essenziale per l'organismo poiché è necessario per sintetizzare diversi ormoni, è un costituente delle membrane cellulari di molti tessuti, ed è utilizzato per produrre la vitamina D.

1.2.2 Fattori di rischio non modificabili

I fattori di rischio non modificabili sono i seguenti (Ministero della Salute, 2021):

Famigliarità: È generalmente attribuita alla storia familiare del soggetto: qualora esso abbia in famiglia parenti affetti da malattie cardiovascolari si parla di soggetti con un fattore di rischio più alto.

- Sesso: è un fattore di rischio che vede i maschi maggiormente colpiti. Per quanto riguarda la donna, la probabilità che essa venga colpita da una malattia cardiovascolare aumenta con la menopausa (Stramba-Badiale, et al., 2016).
- Età: è un fattore di rischio che non si può ovviamente modificare. A causa del passare del tempo, gli organi così come il cuore e tutto l'apparato circolatorio, si deteriorano.

1.3. Sguardo alla società e alla cultura

Tornando indietro di almeno 150 anni si nota che, in Italia, si viveva circa 10 anni in meno rispetto alla Francia e circa 16-17 anni meno rispetto alla Svezia (Ricciardi et al., 2018).

Con il passare degli anni, l'Italia ha visto crescere a ritmo sostenuto la vita media dei propri cittadini divenendo uno dei Paesi leader in questo campo. Questo dato così buono corrisponde però ad un calo delle nascite molto brusco dato che gli italiani hanno in media 1,3 figli rispetto al 1,7 della corrispondente media dei paesi OECD (Istat, 2017). Questo passaggio da un'alta ad una bassa mortalità e fertilità è sì sintomo di un migliore sviluppo socio economico degli ultimi anni, ma è associato ad un cambiamento di tendenze delle principali cause sia di morte che di malattia. Possiamo quindi sostenere che la transizione demografica è associata ad una transizione epidemiologica, quest'ultima è associata a un lento declino delle malattie acute ed infettive tipiche delle condizioni di vita disagiate, della povertà e di un limitato paniere di servizi così come avviene nei paesi in via di sviluppo; e dalla maggiore incidenza di malattie degenerative e croniche come quelle metaboliche, neurodegenerative, cardiovascolari, ed oncologiche (Poscia, 2015).

Per quello che riguarda l'età pediatrica, sino a qualche decennio fa l'obesità era poco diffusa, ma ad oggi è invece un dato allarmante se considerato che l'obesità in età preadolescenziale ed anche adolescenziale hanno un forte indice predittivo dell'obesità nell'età adulta.

In Italia, sebbene si siano verificati progressi nella salute nel corso degli ultimi decenni e le disuguaglianze tra le classi sociali siano meno accentuate rispetto ad altri paesi europei (Coccia, 2023), persistono differenze sostanziali: le persone svantaggiate hanno condizioni di salute inferiori, sono più suscettibili alle malattie e hanno una aspettativa

di vita più breve. Analogamente, le regioni italiane meno abbienti presentano indicatori meno favorevoli in termini di salute e assistenza sanitaria.

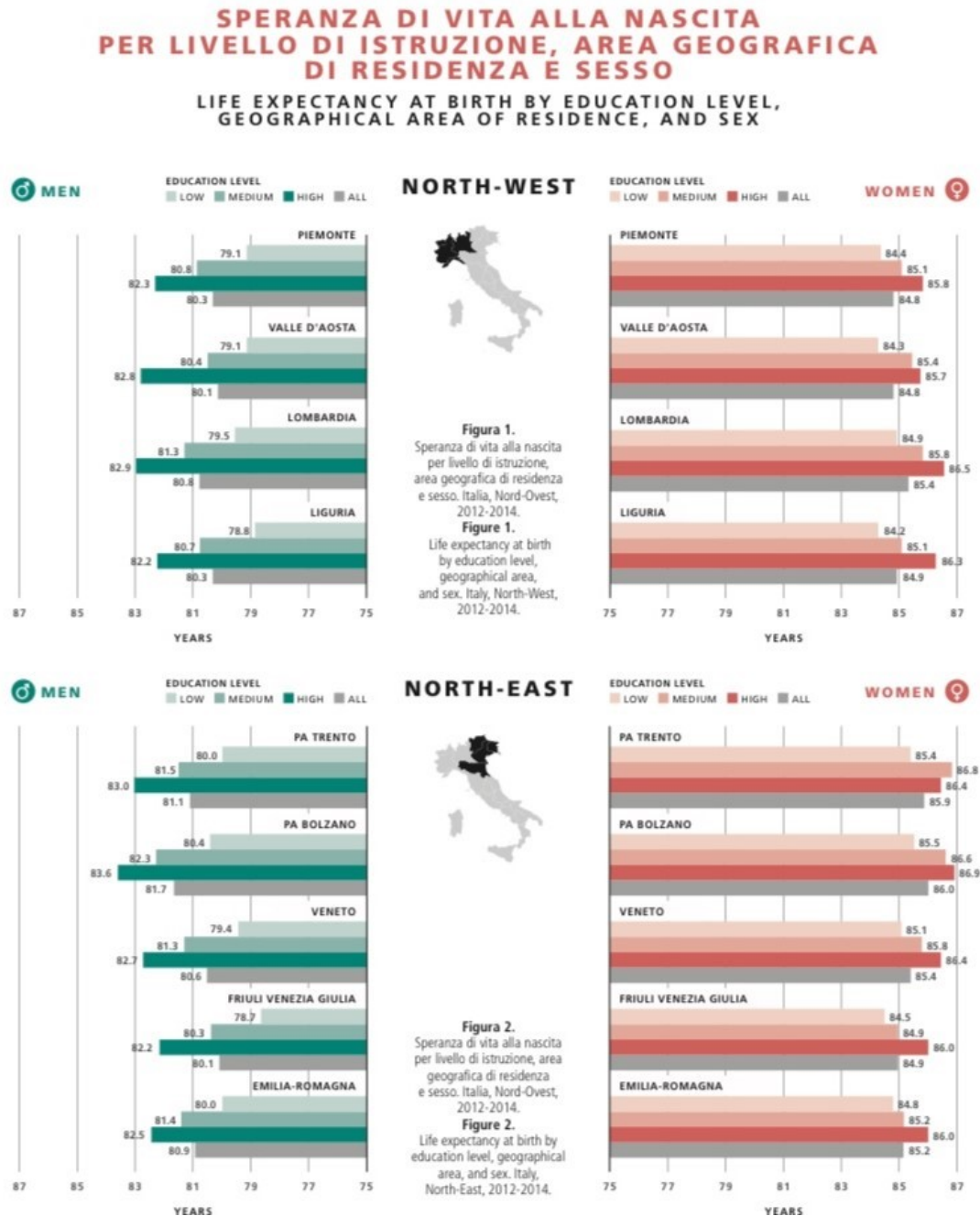
Nel nostro Paese le disparità geografiche si intersecano con quelle sociali a livello individuale, anche se le ultime non spiegano completamente le prime. In effetti, fino alla fine del secolo scorso, le persone nelle regioni meno sviluppate economicamente del Sud avevano un'aspettativa di vita più elevata rispetto a coloro che vivevano nel Nord (Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2017).

Gli studi condotti in Italia fino a ora, che utilizzano fonti dei dati e disegni di studio differenti, sono tra loro coerenti e mostrano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati per tutte le dimensioni della posizione sociale (Maciocco, 2015):

- quelle che si riferiscono alle risorse culturali, come il titolo di studio;
- quelle che misurano la dimensione occupazionale;
- quelle che riguardano la dimensione economica, come il reddito e i beni posseduti.

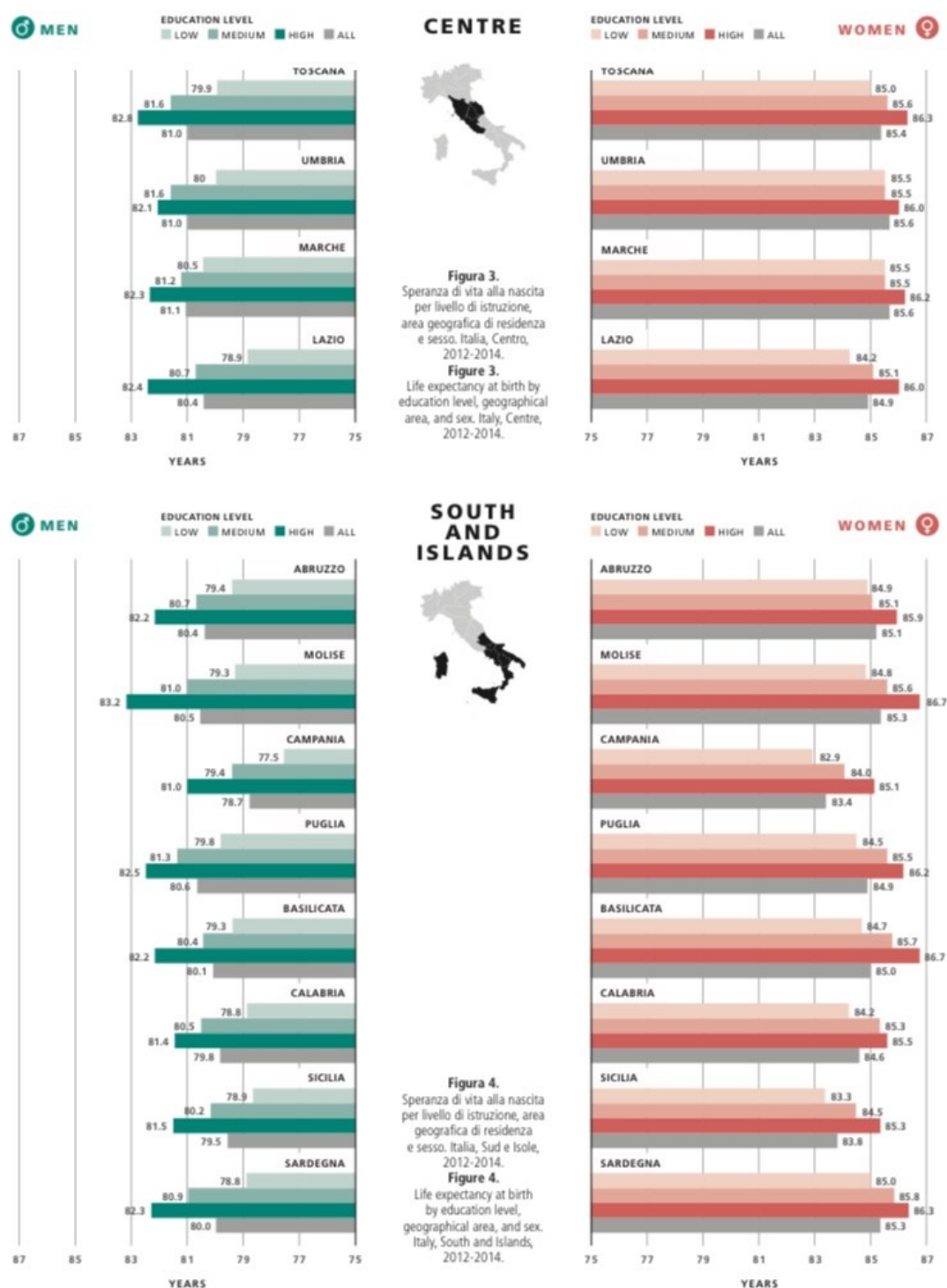
Uno studio fatto dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP e Istat, 2016) ha fornito interessanti risultati sulle disuguaglianze per titolo di studio, nella speranza di vita e nella mortalità prematura: come si può vedere nella Figura 1 e nella Figura 2, le persone meno istruite di sesso maschile, rispetto alle più istruite, mostrano in tutte le regioni un divario di tre anni nella speranza di vita, che si somma allo svantaggio delle regioni del Mezzogiorno, dove i residenti perdono un ulteriore anno di speranza di vita, indipendentemente dal livello di istruzione. Vi sono, inoltre, aree del Sud in cui la mortalità cardiovascolare tra i più istruiti è superiore a quella dei meno istruiti residenti in alcune aree del Nord (ISTAT, 2019).

Figura 1: Speranza di vita alla nascita per livello di istruzione, area geografica di residenza e sesso.



Fonte: Istat, 2019

Figura 2: Speranza di vita alla nascita per livello di istruzione, area geografica di residenza e sesso.



Fonte: Istat, 2019

Tuttavia, se si analizzano le singole cause di morte, il quadro non risulta così lineare. Infatti, per le più importanti sedi tumorali il gradiente geografico risulta inverso, con una mortalità maggiore al Nord, mentre per alcune patologie, come quelle cerebrovascolari, emergono profili mai descritti prima, con una minore mortalità in tutte le aree orientali del Paese.

Le concezioni di benessere fisico e psicologico variano significativamente tra diverse società e all'interno della stessa società. Nonostante le influenze culturali si mescolino e evolvano continuamente, la diversità umana contribuisce a mantenere stili di vita e convinzioni divergenti. Di conseguenza, specifici sistemi di valori rimangono separati e indipendenti anche quando le culture si intrecciano. In questo contesto, la cultura non è soltanto una serie di convinzioni riguardo a cosa costituisca il benessere, ma rappresenta anche un insieme di pratiche e principi politici, economici, legali, etici e morali mirati a realizzarlo (The Lancet, 2014).

L'Italia è comunque uno dei paesi del mondo in cui c'è una certa longevità. La speranza di vita nel momento della nascita si attesta agli 83 anni (Istat, 2017). Le prospettive future definiscono che nel 2050 almeno il 35% degli italiani avrà più di 65 anni. In tutto il mondo solamente pochi paesi hanno un'aspettativa di vita superiore alla nostra e, in base ai dati dell'OCSE, una percentuale di anziani maggiore alla nostra c'è solamente in Germania ed in Giappone (OCSE, 2017).

Tutte queste condizioni sono maggiormente influenzate dai comportamenti individuali ma sono sostenute anche dall'ambiente sociale e di vita. Il disegno urbano delle città, la loro automatizzazione, il maggior prezzo degli alimenti più sani oltre che i condizionamenti derivanti dal marketing pongono il cittadino medio residente nelle zone a più alta densità, meno soggetto ad assumere comportamenti salutari. I cittadini

che ovviamente sono più esposti a determinati rischi di salute sono quelli più vulnerabili: le famiglie più povere ed i bambini (De Curtis, 2023).

In modo preciso, in base al modello del *Centers for disease control and prevention*, di stampo americano, si ha che l'effettivo stato di salute delle persone dipende al 50% dal loro stile di vita e dai loro comportamenti. Al 20% dai fattori genetici, al 20% dai fattori ambientali, e al 10% dall'assistenza offerta dalla sanità (IFTF, 2010).

In questo modo, si pone l'enfasi sulla responsabilità individuale del cittadino stesso che deve avere nei confronti della propria salute. (Ministero della Salute., 2007).

1.4. Health Literacy

Dalla sua comparsa negli anni '70,¹ il concetto di Health Literacy è diventato sempre più ampio. All'inizio era un concetto concentrato solo sull'alfabetizzazione e sulla capacità delle persone di leggere e comprendere le informazioni scritte. (Simonds, 1974).

Nel 1998, un report di WHO considera l'Health Literacy come un insieme di 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. Essa implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in se stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. Pertanto, non significa solo essere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un'importante strategia di empowerment che può migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace. In italiano "literacy" può essere tradotto con il termine leggermente riduttivo come "alfabetizzazione", ed indica la possibilità di una persona di saper leggere e scrivere oltre che ad avere determinate capacità di calcolo. Nel momento in cui la literacy entra all'interno dell'ambito della Salute, allora si parla di health literacy, cioè una competenza adeguata nel saper leggere, elaborare e decodificare determinate informazioni nell'ambito della propria salute che comprendono ad esempio un referto medico, o anche saper dove andare, quindi orientarsi all'interno dei servizi sanitari, e compiere determinate scelte consapevoli che vadano a migliorare il proprio benessere. Negli ultimi anni l'health literacy non è più riconosciuta solo come un tratto individuale, ma come una caratteristica correlata alle famiglie, alle comunità e alle organizzazioni che forniscono servizi sanitari e sociali. Questo si traduce in una

considerazione dell'“alfabetizzazione sanitaria” come un concetto multidimensionale (Batterham et al., 2016).

Con lo svanire del paternalismo medico, alla fine del 20° secolo è la “scelta informata” che è diventata l'obiettivo principale in campo sanitario: non ci si aspetta più che i pazienti “funzionino” e siano conformi, ma che agiscano come “decisori informati” e auto-responsabili. Il principio di “il medico sa meglio” è stato sostituito da “il paziente decide meglio” (Samerski, 2009).

Le definizioni di health literacy del 21° secolo riflettono questa trasformazione e di conseguenza descrivono il cittadino alfabetizzato in materia di salute come un decisore informato. Questo approccio cognitivo ed individualistico alla salute è incorporato anche nell'immaginario del Progetto Europeo di Health Literacy.

Le definizioni più nuove e ampie dell'alfabetizzazione sanitaria rendono una preconditione per l'empowerment non solo nel sistema medico, ma anche nella vita di tutti i giorni. Pertanto tutte quelle informazioni che una volta erano ritenute necessarie per prendere decisioni mediche specifiche, ora lo sono per un'assistenza responsabile ed efficace in tutte le questioni relative alla salute, sia in ospedale che a casa. (Kickbusch et al., 2006)

Non c'è dubbio che le capacità cognitive e le informazioni siano cruciali per navigare con successo nei moderni sistemi sanitari. Quanto più la medicina diventa scientifica e tecnica, tanto più occorre imparare per comprendere ciò che viene offerto o raccomandato.

Al giorno d'oggi le persone sono sottoposte a continue sollecitazioni sul tema della salute e del benessere. Le informazioni sanitarie provengono da molte fonti diverse e vengono fornite attraverso molteplici canali, ad esempio discussioni con amici e familiari; TV, radio e giornali; scuole; biblioteche; Siti web e social media; medici,

dentisti, infermieri, assistenti medici, farmacisti e altri operatori sanitari; educatori sanitari; funzionari della sanità pubblica; etichette nutrizionali e medicinali; opuscoli sui prodotti; e avvertenze di sicurezza. Molte di queste fonti presentano informazioni diverse e talvolta contrastanti, mentre alcune presentano informazioni distorte o incomplete. Molto spesso questa ingente quantità di informazioni può disorientare i cittadini. I canali di diffusione di queste informazioni sono complessi, così come lo sono i nostri sistemi sanitari che, negli ultimi 20 anni, hanno subito una serie di profondi mutamenti.

Paradossalmente, è molto difficile da orientarsi nel sistema sanitario anche per le organizzazioni scolastiche e le persone più istruite, proprio perché risulta complicato acquisire le competenze adeguate per poter comprendere e utilizzare le possibilità che il Sistema Sanitario Nazionale offre.

Le persone, viste come decisori razionali e informati, il cui comportamento può essere guidato attraverso l'esposizione a informazioni appropriate, rendono "l'alfabetizzazione come un fenomeno 'mentale' o 'cognitivo'" e portano a definire "l'alfabetizzazione in termini di stati mentali ed elaborazione mentale" (Gee, 2015, p.35).

Come è stato dimostrato in alcuni studi, le persone che cercano informazioni sanitarie su internet non sono interessate solo ai "fatti", ma cercano anche conforto, orientamento e supporto sociale (Doyle, 2013)

Alcune categorie di persone hanno maggiori probabilità di sperimentare un'alfabetizzazione sanitaria limitata (WHO, 2017):

- adulti di età superiore ai 65 anni,
- gruppi etnici non appartenenti allo stato di residenza
- rifugiati e immigrati recenti

- persone che non hanno conseguito il diploma
- persone con reddito inferiore o pari al livello di povertà.

All'interno del progetto creato dalla commissione Europea e chiamato European Health Literacy Survey (EHLS), con l'obiettivo di poter valutare il livello di health literacy di tutti i cittadini che fanno parte di questi paesi membri, la risultante è stata che il 46% della popolazione presa in considerazione non ha adeguati livelli di health literacy per poter fare sue le informazioni provenienti dal mondo sanitario. Una bassa percentuale in tale ambito, comporta bassi esiti clinici e l'aumento della mortalità.

Il progetto ha inoltre sottolineato che le persone senza una buona alfabetizzazione sanitaria, hanno una bassa probabilità di accedere e poter utilizzare tutti i servizi di prevenzione che il sistema sanitario mette a disposizione, ovvero una bassa compliance, cioè adesione al trattamento terapeutico. Questo spesso porta ad una minore comprensione ad esempio delle prescrizioni mediche, o nella difficoltà di intraprendere e portare avanti percorsi di autocura soprattutto nell'ambito delle patologie croniche.

La conseguenza di questo è un innalzamento della spesa sanitaria a causa di ricoveri che spesso sono inadeguati.

Quanto detto precedentemente fa presagire l'effettiva necessità di massimizzare tutti gli sforzi per controllare e prevenire le malattie croniche ed investire in tutte le attività che permettono di promuovere la salute del cittadino assicurando un miglioramento della vita e del benessere per questo risulta essenziale l'educazione sanitaria (Palumbo et al., 2016).

1.4.1. Operatori sanitari e health literacy

Un altro aspetto molto importante da prendere in considerazione è la sensibilizzazione al tema dell'health literacy da parte degli operatori sanitari, i quali giocano un ruolo fondamentale nel processo di crescita del paziente.

Il personale del servizio sanitario deve essere consapevole e sensibile alla gamma di bisogni di alfabetizzazione sanitaria che i pazienti presentano.

Batterham et al., nel 2016, hanno proposto una strategia al livello organizzativo basata sull'approccio delle precauzioni universali, il quale non richiede che i professionisti valutino o addirittura conoscano l'alfabetizzazione sanitaria dei singoli pazienti. Richiede, tuttavia, che gli operatori comprendano l'alfabetizzazione sanitaria e le buone pratiche ad essa correlate e che abbiano una serie di competenze pertinenti.

Poiché è impossibile stabilire chi potrebbe essere infetto dall'HIV o da una malattia simile trasmessa attraverso il sangue e i fluidi corporei, medici, dentisti e altri professionisti seguono un approccio precauzionale universale. Ciò significa che seguono le stesse precauzioni, come l'uso di guanti e altre barriere, per ogni paziente. Allo stesso modo, è impossibile dire chi è affetto da un'alfabetizzazione sanitaria limitata. Per questo motivo, i professionisti sanitari dovrebbero, allo stesso modo, utilizzare un approccio precauzionale universale alla comunicazione sanitaria, presupponendo che la maggior parte dei pazienti avrà difficoltà a comprendere informazioni sulla salute (Batterham et al., 2016).

L'esempio più noto di questo approccio è l'Health Literacy Universal Precautions Toolkit sviluppato per le pratiche di assistenza primaria dall'Agenzia per la ricerca e la qualità sanitaria negli Stati Uniti (DeWalt, 2010).

I sostenitori di questo approccio fanno riferimento alla necessità di strutturare l'erogazione delle cure come se ogni paziente potesse un'alfabetizzazione sanitaria limitata (DeWalt, 2011).

È importante che tutto il personale delle organizzazioni sanitarie sia attento e sensibile a una serie di esigenze di alfabetizzazione sanitaria. Ciò includerebbe (Batterham et al., 2016):

- a) comprendere come i problemi legati all'alfabetizzazione sanitaria, oltre alla semplice mancanza di informazioni, influenzino il modo in cui le persone agiscono riguardo alla propria salute;
- b) comprendere le presentazioni comuni dell'alfabetizzazione sanitaria e le strategie per affrontarle;
- c) possedere competenze nei metodi di apprendimento e in altre tecniche per valutare l'accuratezza e praticità di comprensione da parte del paziente, nonché capacità di risoluzione dei problemi per quando i pazienti hanno difficoltà a comprendere.

Secondo uno studio condotto da Kripalani et al. nel 2007, che sostiene un programma terapeutico illustrato come strumento educativo per pazienti a basso livello di health literacy, le istruzioni basate su immagini promuovono una migliore comprensione di come assumere farmaci e riducono gli errori terapeutici tra i pazienti. I grafici possono essere un mezzo interessante e informativo per comunicare informazioni sui rischi per la salute agli adulti con scarse competenze matematiche.

Secondo quanto detto, possiamo affermare quindi che le potenziali aree su cui la health literacy può essere inserita sono: sistema sanitario, cultura e società, sistema educativo. In questo contesto il sistema sanitario ha uno scambio equo con la health literacy a differenza delle altre due menzioni.

L'alfabetizzazione sanitaria è tra gli obiettivi della politica riguardante la salute pubblica. Per ottenere dei risultati positivi in termini di salute e costi sanitari è importante che i tre aspetti sopra elencati si integrino in modo ottimale. Ovvero:

- Sistema sanitario

Esso può migliorare lo sviluppo dell'health literacy e dell'empowerment dei cittadini. Tutte le figure professionali che lavorano in questo sistema dovrebbero far sì che le strategie adottate siano innanzitutto appropriate e soprattutto che si adeguino ai diversi livelli: corretto utilizzo dei servizi offerti dalla cura e dai farmaci, rapporto paziente medico, e promozione di stili di vita sani.

- Sistema culturale e la società

In tal caso sia la società che il sistema culturale dovrebbero essere qualcosa che riesce a favorire un clima di opinione che consenta alle persone di arricchire la propria health literacy riducendo, per esempio, le disparità e l'emarginazione degli individui meno istruiti sotto questo punto di vista e incoraggiandoli ad una maggiore responsabilità (S. Rubinelli, et al., 2010).

- Sistema educativo

Il sistema educativo, ovvero l'organizzazione scolastica dovrebbe avere tra gli obiettivi della formazione degli studenti quello di attuare dei programmi scolastici che siano sincronizzati con l'educazione e ovviamente la promozione alla salute. Questi ultimi dovrebbero consentire sia ai bambini che ai ragazzi l'acquisizione di determinate abilità di alfabetizzazione sanitaria che gli permetta di gestire in modo conscio la propria salute.

Per quanto riguarda le competenze di health literacy, esse possono essere diverse, che si tratti di consumatore, paziente o cittadino.

- Competenze del consumatore

Esso deve saper prendere decisioni inerenti il proprio stato di salute, discernendo tra i servizi e prodotti i che trova a disposizione. E qualora se ne presenti l'occasione, deve saper gestire i propri diritti di paziente nella veste di consumatore.

- Competenze del paziente

Deve avere la capacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario nazionale ed operare qualora sia necessario in combinazione con il personale sanitario qualificato.

- Competenze del cittadino

Il cittadino deve sapere quali sono i suoi diritti in ambito sanitario, deve sapersi esprimere in modo adeguato, deve sapere esercitare ad esempio il voto informato come espressione delle proprie opinioni, deve partecipare in modo attivo agli eventi organizzati allo scopo di promuovere la salute del cittadino, e deve sapere esercitare l'attività di advocacy per quel che riguarda i temi della salute (Kickbusch I. et al., 2005).

La Health Literacy, ha anche dei propri livelli, che nello specifico sono tre (Nebbioso et al., 2018), ed essi, in modo progressivo, permettono sia al singolo cittadino, che a tutta la comunità, di creare una sempre crescente autonomia sia nell'ambito decisionale per la propria salute, sia nell'ambito dell'empowerment della propria persona:

- Livello funzionale

Implica avere una determinata capacità di lettura ed una precisa capacità di comprensione delle informazioni che il servizio sanitario mette a disposizione. In tal senso, si parla di farmacisti, medici, e vari operatori della salute che cooperano e forniscono al paziente determinate funzioni. È poi la persona che nella propria autonomia deve saper prendere decisioni per programmare visite mediche adeguate ed assumere correttamente i farmaci qualora ce ne fosse il bisogno.

- Livello interattivo

Si tratta della capacità di usare, valutare e comprendere le informazioni di salute che derivano da varie fonti e successivamente scegliere in maniera consapevole cercando di migliorare la propria qualità di vita e riducendo i rischi a cui si potrebbe andare incontro. Per quanto riguarda questo livello definito interattivo, l'individuo ha un confronto con il medico o con i propri pari di livello come ad esempio le discussioni on-line.

- Livello critico

A questo livello fanno riferimento invece le facoltà di sapersi muovere all'interno del sistema sanitario nazionale, conoscere tutti i propri diritti da paziente, saper valutare la qualità che il servizio sanitario nazionale offre, saper emettere un giudizio circa le informazioni e messaggi di salute che veicolano in giro, prendere atto che determinate azioni possono migliorare il proprio benessere individuale e anche della comunità prendendo in considerazione le varie opportunità per essere parte attiva in ambito sociale e politico sanitario.

Capitolo II

L'Educazione sanitaria

Molti studiosi tracciano l'origine dell'educazione sanitaria al periodo greco-romano, in particolare durante l'era di Platone, dove si affermava la connessione tra salute mentale e fisica e si sviluppava il concetto che salute e malattia fossero influenzate non solo dal comportamento umano ma anche dall'ambiente fisico e sociale (Maggi, 1984); altri fanno risalire la nascita dell'educazione sanitaria nel Rinascimento con la figura di Vittorio de Feltre (Ficarra, 1985).

È importante notare che solo negli ultimi cinquant'anni del secolo scorso si sono verificati interventi significativi, segnando il passaggio dall'approccio precettistico e sacrale delle prime scuole medico-filosofiche greche a un approccio paternalistico dell'era positivista, che rappresenta il vero inizio dell'identificazione dell'educazione sanitaria (ES) come disciplina autonoma.

In Italia, il periodo cruciale per la nascita dell'educazione sanitaria può essere individuato tra il 1951 e il 1954. Durante questo periodo, a Roma si celebra la

"Settimana per l'Igiene e la Sanità", mentre a Perugia si tiene la Conferenza sull'educazione sanitaria (Briziarelli, 2000). Originariamente concepita nel contesto igienistico, l'educazione sanitaria emerge come un'azione di educazione popolare, mirata al miglioramento delle condizioni dei meno fortunati sotto la guida del medico. Successivamente, evolve in una forma di propaganda salutistica che sostiene programmi specifici, focalizzandosi su obiettivi individuali.

Nonostante abbia affrontato diverse tematiche nel corso del tempo, l'educazione sanitaria ha mantenuto la sua natura prevalentemente informativa anziché trasformarsi in una vera forma di istruzione.

È grazie ad Alessandro Seppilli, considerato un pioniere dell'educazione sanitaria in Italia, che si è verificato un cambiamento verso una definizione più collettiva e partecipativa.

Nel 1958, secondo Seppilli, l'educazione sanitaria è da considerare come "un intervento sociale volto a modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento nei confronti dei problemi di salute" (Seppilli 2014, ed orig. 1958, p. 271).

Qualche anno dopo, nel 1969, Seppilli dichiara che l'educazione sanitaria è un processo sociale che implica una "comunicazione interpersonale diretta volta a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute e a responsabilizzare gli individui e i gruppi sociali nelle scelte che hanno impatti, diretti e indiretti, sulla salute fisica e mentale di singoli individui e della comunità" (Seppilli, 1969, p. 224). Questo segna un passaggio da una semplice trasmissione unidirezionale di conoscenze a un coinvolgimento attivo del soggetto, che diventa più consapevole dell'importanza di una comunicazione approfondita. Nel 1969, Seppilli sottolinea anche l'importanza di un'educazione sanitaria rivolta alla popolazione generale per evitare

reazioni emotive di fronte a questioni mediche e prevenire il rischio che le persone comuni, anziché i medici, formulino diagnosi e prescrivano terapie.

Questa prospettiva segna un significativo spostamento da "educazione sanitaria" a "Educazione alla salute" (Balbo,1982). Le ragioni di questo cambiamento concettuale possono essere diverse, ma la più rilevante è la diminuzione dell'approccio medicalizzato alla prevenzione, a favore di un approccio salutogenico. Nonostante l'Educazione alla salute, più partecipativa, rappresenti una notevole evoluzione rispetto al concetto di Educazione sanitaria, più prescrittiva, entrambe si basano sull'assunto che l'operatore sia in grado di definire in anticipo la condizione di "salute".

La concezione e l'esperienza della salute sono soggette a variazioni nel tempo, nello spazio e all'interno del contesto socio-culturale di ciascun individuo. Attualmente, la salute è sempre più influenzata dagli stili di vita personali, dalle decisioni prese dai genitori e da numerosi fattori culturali, i quali possono mutare nel corso della vita di un individuo, implicando una responsabilità personale. Questi cambiamenti hanno un impatto significativo sulle tradizionali basi dell'educazione sanitaria, richiedendo una riconsiderazione dell'approccio all'educazione e alla salute. Questo sottolinea che, dato che la salute non può essere definita in modo rigido in anticipo, è essenziale ridefinirla il più frequentemente, ampiamente e profondamente possibile. Questa fase di ridefinizione stessa costituisce un intervento nell'ambito dell'educazione alla salute, che è concepita come una comunicazione approfondita (Calamo-Specchia, 2011).

L'educazione sanitaria, come qualsiasi forma di educazione, ha l'obiettivo di assistere gli individui nella formazione della propria personalità, aiutandoli a prepararsi a scelte comportamentali consapevoli nel proprio interesse e in quello della società in cui vivono. La "coscienza sanitaria" rappresenta la maturità raggiunta dall'individuo in questo ambito e la sua capacità di effettuare scelte coerenti e consapevoli per il bene

della propria salute e di quella degli altri. Nonostante la salute sia un bene di interesse comune, potrebbe sembrare che una corretta informazione sia sufficiente per instillare comportamenti positivi nei confronti della salute, ma non è così.

Effettivamente, le decisioni comportamentali che prendiamo sono influenzate dalla scala dei valori che organizza e guida i nostri atteggiamenti. Questa scala di valori è ampiamente determinata dagli atteggiamenti degli altri individui all'interno del gruppo a cui apparteniamo. Non è sufficiente che una donna sia consapevole dell'importanza di sottoporsi a una visita ginecologica durante la gravidanza; affinché effettivamente la effettui, non è neppure sufficiente che ne sia convinta. Oltre alle sfide di natura pratica, come il tempo e la distanza, e quelle economiche, come il costo della visita e dei mezzi di trasporto, se i suoi familiari (marito, suocera, genitori) e le sue amiche più strette ritengono che tale comportamento sia inappropriato o sgradito (e quindi la donna è consapevole che verrebbe severamente criticata), tutti gli argomenti a favore della visita rischiano di essere ignorati. Ciò accade perché, nella scala di valori di questa donna, la ricerca dell'approvazione del suo gruppo sociale potrebbe essere più determinante della cura del proprio corpo (Seppilli 1969).

Da ciò discende la necessità che l'educazione sanitaria si concentri, più che sull'individuo isolato, sul gruppo sociale o, almeno, cerchi di ottenere il sostegno della convinzione del singolo attraverso la convinzione del gruppo.

2.1. Dall'educazione alla promozione alla salute

L'ultima definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità conferisce nel suo Glossario risale al 1998, per cui l'"educazione sanitaria" è: "l'insieme delle opportunità di apprendimento consapevolmente costruite, che comprendono alcune forme di comunicazione finalizzate a migliorare l'alfabetizzazione alla salute, ivi compreso l'aumento delle conoscenze e a sviluppare life skills che contribuiscano alla salute del singolo e della comunità".

Nel corso del tempo, sono state introdotte molte definizioni più operative, ma senza apportare modifiche sostanziali agli elementi precedentemente menzionati. L'esame di tali definizioni consente di cogliere le numerose sfumature che contribuiscono alla comprensione dell'educazione sanitaria fino ad oggi.

In aggiunta, in questo tentativo di dire cosa è l'educazione sanitaria è rilevante richiamare l'ultima parte della nota che il Glossario fa seguire alla definizione dove si dice "In passato, il termine educazione alla salute è stato utilizzato per indicare una gamma di interventi più ampia, che comprendeva la mobilitazione sociale e l'advocacy, Questi metodi sono ora ricompresi nel termine promozione della salute e viene qui proposta una definizione più ristretta di educazione alla salute, proprio per sottolineare la distinzione" (Pocetta, 2014, p. 291).

La promozione della salute è un ampio processo sociale e politico che va oltre le singole azioni di educazione alla salute rivolte agli individui. Include anche interventi mirati a effettuare cambiamenti tangibili nelle condizioni sociali, ambientali ed economiche al fine di ridurre l'effetto sulla salute sia a livello individuale che collettivo.

Esiste un'accettazione globale, secondo la quale, salute e benessere sociale, siano determinati non solo dal sistema sanitario ma anche da fattori esterni come ambiente

globale, modelli demografici, modelli sociali legati ad esempio al consumo di cibo, all'apprendimento, alla famiglia, e ai cambiamenti sociali politici, ed economici.

Per cui, le problematiche sanitarie possono essere meglio analizzate con un approccio olistico che vede la conferenza del potere agli individui, alle comunità, creando leadership per la salute pubblica e promuovendo azioni intersettoriali utili alla costruzione di politiche pubbliche adeguate alla creazione di un buon sistema sanitario.

Esso a sua volta deve poi essere in grado di promuovere la salute pubblica.

Purtroppo ad oggi, il mondo si trova ad affrontare un “triplice carico di malattie” generato dalle malattie trasmissibili, emergenti e croniche (Dans et al., 2011). Infatti tutti quegli aspetti che ad oggi migliorano la nostra vita rendendola sviluppata e all'avanguardia, risultano essere allo stesso tempo un'arma a doppio taglio proprio perché contribuiscono ad aumentare modelli di vita non salutari. (Figura 3)

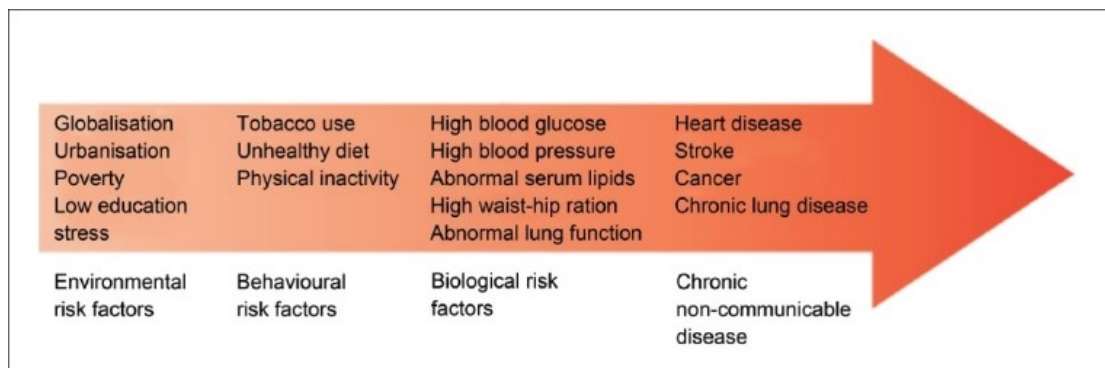


Figura 3. Illustrazione del contributo dello stile di vita poco sano, all'aumento delle malattie non trasmissibili

Dunque, raggiungere dei buoni livelli di salute dipende dall'approccio globale ed olistico con un approccio che va oltre le tradizionali cure, coinvolgendo operatori sanitari e comunità. Sono proprio tutti questi elementi a catturare l'essenza della

“promozione della salute” che consiste nel permettere alle persone di assumere il controllo della propria salute e sui suoi aspetti, migliorandola (Mittelmark et al., 2017). Le iniziative di promozione della salute possono concentrarsi su problematiche sanitarie prioritarie che coinvolgono un ampio spettro di individui e promuovono diversi interventi. Questo approccio orientato ai problemi risulta più efficace se accompagnato da progetti basati sulle specifiche realtà. Gli interventi focalizzati su determinati contesti possono essere implementati in ambienti come scuole, luoghi di lavoro, mercati e zone residenziali per affrontare le questioni di salute ritenute prioritarie, considerando i molteplici fattori che influenzano la salute, come comportamenti, credenze culturali e pratiche. Questa progettazione basata sul contesto facilita anche l'integrazione delle iniziative di promozione della salute nelle dinamiche sociali locali, tenendo conto delle condizioni esistenti (WHO, 2011).

Per contrastare le sfide dovute ai cambiamenti di scenari come la transizione demografica ed epidemiologica, l'urbanizzazione, il cambiamento climatico, l'insicurezza alimentare, la crisi finanziaria, ecc., la promozione della salute è emersa come uno strumento importante; tuttavia, la necessità di approcci nuovi e innovativi non può essere sottovalutata. Un programma di promozione della salute multisettoriale, adeguatamente finanziato, basato sull'evidenza e con la partecipazione della comunità, mirato ai complessi cambiamenti socioeconomici e culturali a livello familiare e comunitario è la necessità del momento per modificare positivamente i complessi determinanti socioeconomici della salute (Sanjiv-Preetha, 2012).

2.2. Educazione Terapeutica

Nell'ambito dell'educazione terapeutica, gli operatori sanitari operano come se fossero degli insegnanti. Essi portano avanti le loro capacità acquisite inerenti la gestione del dolore, al di fuori delle cure palliative, e trasferendo le conoscenze al paziente con un formato facilmente comprensibile (Watt-Wattson et al., 2009).

L'educazione terapeutica del paziente ha il preciso scopo di permettere agli operatori sanitari di trasferire le competenze e le conoscenze ai propri pazienti affinché essi possano prendersi cura di loro stessi e, se necessario, inserire anche la famiglia nell'acquisizione delle competenze.

In questo modus operandi, si cerca di mantenere o migliorare la qualità della vita del paziente.

L'effetto terapeutico, prodotto dai trattamenti multimodali, si somma a tutti gli interventi già impostati (fisioterapici, farmacologici...) o addirittura, secondo gli approcci più recenti, l'approccio farmacologico, ispirato alla medicina, oggi sarebbe mutato nella gestione del dolore e il paziente dovrebbe essere posto al centro della strategia di gestione disciplinare (Vargass Schaffer et al., 2012).

2.2.1. L'educazione terapeutica digitale

La medicina moderna ha da tempo esplorato, nell'ambito della digitalizzazione e dell'informatica, una potenziale risposta alle sfide legate alle risorse sempre più limitate, sia dal punto di vista economico che del personale. Queste difficoltà si manifestano in modo ancora più evidente e urgente nell'attuale contesto economico e sociale italiano. Di conseguenza, l'adozione della Telemedicina è apparsa e continua ad apparire come una decisione naturale e necessaria.

Secondo un report pubblicato nel 2012 dal Pew Research Center, il 7% degli utenti di smartphone utilizzavano il telefonino per accedere a informazioni di carattere sanitario, e il trend, specie per gli under 35, arrivava fino al 29-35%, mentre i dati italiani più recenti parlano di circa il 74% degli utenti web che fa ricerche di carattere sanitario (Quotidiano sanità, 2015).

Negli ultimi anni, diversi studi sono stati pubblicati per dimostrare l'efficacia e l'efficienza, anche dal punto di vista economico, delle applicazioni e degli interventi basati su web dedicati alla gestione del diabete e di altre patologie croniche (Lettieri et al., 2021). Inoltre, sono state condotte numerose revisioni sistematiche e meta-analisi sull'argomento.

Ciò ha consolidato le prove scientifiche che indicano l'efficacia di Internet nel migliorare gli esiti clinici, aumentare le conoscenze specifiche, influenzare i comportamenti e lo stile di vita, nonché favorire la partecipazione attiva nella gestione della propria salute.

Secondo i dati recentemente pubblicati dallo studio Digital 2019 di WeareAsocial, nel contesto italiano, il 92% della popolazione si collega a Internet e, di questi, l'85% utilizza dispositivi mobili. Tra questi, l'88% si connette almeno una volta al giorno, e il 92% guarda video online. La fascia di età più rappresentata è quella compresa tra i 25 e i 55 anni, coinvolgendo circa il 35% degli utenti.

La scelta di digitalizzare l'Educazione Terapeutica, creando quindi le basi per una Educazione Terapeutica digitale (eET), appare non solo chiara, ma anche essenziale. La eET offre flessibilità, accessibilità, possibilità di scegliere i contenuti e la libertà di gestire il tempo per accedere a informazioni rilevanti in modo personalizzato.

Emerge chiaramente che l'evoluzione verso un'educazione terapeutica più moderna richiede un cambiamento deciso, un piccolo atto di coraggio e la capacità di esplorare

nuove modalità. Queste non contraddicono il passato, ma sono essenziali per guidarci verso un futuro sempre più digitale. L'adozione di approcci inizialmente considerati non convenzionali nel contesto scientifico, come l'utilizzo del "marketing digitale" per raggiungere un pubblico più vasto di pazienti, è allineata con le prospettive terapeutiche future (Riccio, 2020).

2.3. La natura educativa delle professioni sanitarie

Le istituzioni educative mediche sono in grado di preparare professionisti in grado di soddisfare le esigenze di salute degli individui e delle comunità? Come affrontano le sfide presentate dall'era della globalizzazione? Qual è la loro approccio alla questione della responsabilità sociale, ovvero quale ruolo intendono svolgere nei confronti della disuguaglianza sociale e del suo impatto sulla salute?

Pensare alla medicina semplicemente come a una scienza o a un'attività scientifica è non soltanto riduttivo ma sostanzialmente sbagliato.

La medicina, in quanto pratica, prevede azioni che esprimono una trama di significati e fini. Gli aspetti etici non possono essere visti come giustapposti, ma debbono essere considerati intrinseci a essa. Ogni decisione e ogni azione portate avanti in questo settore non sono neutrali, cioè non possono prescindere dalla dimensione etica; ciò significa che la natura della medicina deve essere studiata e insegnata a partire da una prospettiva etica (Mordacci, 2008).

La conoscenza sta diventando sempre più specializzata e frammentata, con il rischio che il medico possa assumere esclusivamente un ruolo di tecnico competente. Questo approccio, influenzato dalla frattura caratteristica della cultura positivista tra scienza e agire morale, sembra non essere in grado di formare professionisti capaci di affrontare le esigenze delle persone e delle comunità a cui dovranno dedicarsi (Dei Tos G.A., 2014).

L'eccessiva specializzazione porta il medico a distanziarsi sempre di più dai contesti di vita delle persone. La formazione si svolge principalmente in ambienti limitati agli ospedali e alle aule universitarie, impedendo la piena comprensione dei numerosi fattori che influenzano la salute in varie realtà sociali.

Di fronte all'invecchiamento della popolazione e alla crescente presenza di malattie croniche, diventa essenziale adottare un approccio più ampio. Questo dovrebbe porre l'attenzione su aspetti come la prevenzione, la promozione della salute, le cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria. Per questo motivo, è fondamentale ridurre l'eccessiva specializzazione per favorire l'emergere di un "nuovo generalismo", che consideri la salute e la malattia nel contesto complessivo della vita delle persone (Royal College of General Practitioners, 2011).

Il Final Report of the Commission on Social Determinants of Health mostra l'evidenza scientifica della diseguale distribuzione delle patologie tra le diverse nazioni e, all'interno delle stesse, in relazione alla classe sociale.

Questi concetti richiamano la teoria dei determinanti sociali della salute (Bodini et al., 2013) e la necessità di intervenire su tutti i fattori, non solo quelli biologici, che possono influenzare la condizione di salute individuale e collettiva. Senza voler sovraccaricare la medicina di eccessive responsabilità, è essenziale sottolineare la necessità che i futuri medici si assumano una più ampia responsabilità sociale. Tale responsabilità non dovrebbe limitarsi alla relazione medico-paziente, ma dovrebbe estendersi a una visione globale della società.

La figura professionale del medico, in quanto in grado di identificare e documentare scientificamente le concrete implicazioni del sistema economico e politico sulla vita e la salute delle persone, non può assumersi una posizione neutrale di fronte alle cause di tali disuguaglianze. Pertanto, i medici e, in generale, tutti gli operatori della salute, devono impegnarsi a stabilire connessioni con i settori della società e con le discipline che lavorano per il bene comune. Questo compito non è un elemento tecnico o facoltativo, ma piuttosto un imperativo etico.

Quelli citati sono solo alcuni esempi che mostrano come la formazione dei futuri operatori sanitari debba necessariamente implicare sia elementi conoscitivi di natura più ampia sia riflessioni di carattere etico. È evidente come essa debba fornire strumenti per sviluppare un pensiero critico necessario ad affrontare la complessità del reale, e offrire occasioni di esperienze che stimolino una risposta libera e responsabile alle problematiche dell'attuale mondo globalizzato (Frenk et al., 2010).

Tali problematiche, incorporate esemplarmente in coloro che rimangono ai margini della società e del sistema di cure, mettono anche in luce il limite di ogni agire individuale, legato alla propria persona, al proprio ruolo e alla propria formazione. Per questo ogni risposta, fondata su un reale e critico posizionamento etico, non dovrebbe ispirarsi a coscienze eroiche o volontarismi esasperati, ma riconoscere la necessità di cooperare in senso ampio con tutti i soggetti e le realtà coinvolte. Riflessioni ed esperienze pratiche relative a concetti come solidarietà, responsabilità, giustizia, uguaglianza, limite, pensiero cooperativo hanno l'obbligo di essere presenti all'interno della formazione degli operatori sanitari tanto quanto i classici argomenti della bioetica (RIISG,2015).

Benini, nel 2021, ha svolto uno studio qualitativo, che ha coinvolto vari operatori sanitari, per comprendere le loro rappresentazioni, conoscenze ed esperienze in tema di educazione sanitaria. L'indagine svela le diverse forme di educativo sanitario:

- si educa per promuovere l'adesione al piano terapeutico-assistenziale;
- per prevenire malattie e promuovere stili di vita salutari;
- per sostenere la persona nel processo di integrazione della malattia nella sua storia di vita.

Si è delineata una grammatica educativa che considera la persona nella totalità della sua esistenza, mirando a favorire l'autodeterminazione attraverso il riconoscimento

della sua storia e del suo vissuto. L'obiettivo è acquisire gradualmente competenze riguardo alla malattia, al suo trattamento e alla capacità di collaborare con i fornitori di cure. L'essenza di questo approccio è un'educazione orientata al futuro, alla possibilità e alla speranza.

Tuttavia, dalle testimonianze degli operatori emergono anche molte sfaccettature negative legate all'educazione e alle sue pratiche. Tra queste, la mancanza di tempo per istruire il paziente, l'eccessiva burocratizzazione delle cure, le resistenze da parte della persona assistita, dei familiari e talvolta degli stessi operatori. Inoltre, si segnala l'assenza di una formazione specifica per la trasmissione di teorie e pratiche educative, che ha portato la maggior parte degli operatori ad apprendere direttamente sul campo. Tale indagine mette in luce la necessità di definire uno statuto pedagogico sanitario che deve essere riconosciuto a pieno titolo dai professionisti della salute, dal mondo accademico e dalle comunità scientifiche.

Per promuovere l'educazione nel settore sanitario, non è sufficiente solamente trasferire solide fondamenta pedagogiche (Bobbo, 2012). È altresì necessario fornire un supporto agli operatori per assistere nella riflessione sulla propria esperienza, sugli elementi impliciti e sulle latenze.

CAPITOLO III

Prospettiva delle istituzioni rispetto al tema dell'educazione e formazione alla salute.

La promozione della salute tra i cittadini non rientra esclusivamente nelle responsabilità dei sistemi sanitari. Le linee guida internazionali e i documenti nazionali concordano sul fatto che il diritto alla salute dei cittadini coinvolge diversi aspetti della loro vita individuale e relazionale (Invalsiopen, 2021).

Affinché siano implementate politiche efficaci nel settore della salute, è fondamentale instaurare una collaborazione tra le istituzioni e coinvolgere la comunità in senso ampio, includendo le famiglie, le scuole, il Terzo Settore e i sistemi sanitari.

3.1. L'OMS e l'educazione e promozione alla salute

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) è l'autorità incaricata di gestire e coordinare il settore della salute all'interno del sistema delle Nazioni Unite.

Il suo obiettivo è far sì che tutti gli esseri umani possano godere del miglior livello di salute possibile.

L'OMS assume un ruolo guida a livello globale per tutte le questioni che riguardano la sanità, ha la responsabilità di definire programmi di ricerca sanitaria e di fissare

standard che stabiliscano cosa è sano e cosa rappresenta un pericolo per la salute. Queste norme vengono trasformate in leggi vincolanti dagli Stati membri dell'ONU. L'OMS formula proposte d'intervento politiche tenendo conto di dati empirici e offre ai Paesi l'assistenza tecnica necessaria in modo che possano raggiungere i loro obiettivi nazionali in campo sanitario. In caso di emergenza sanitaria coordina le misure di emergenza.

Un adeguato stato di salute costituisce un presupposto essenziale, un indicatore significativo e un risultato tangibile di uno sviluppo sostenibile. Le persone in buona salute sono in grado di dedicarsi allo studio, al lavoro e di provvedere alle proprie necessità e a quelle delle loro famiglie. Al contrario, coloro che sono affetti da malattie incontrano notevoli difficoltà in queste attività, causando un rallentamento dello sviluppo sociale ed economico delle loro famiglie e comunità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha il compito fondamentale di gestire e coordinare la cooperazione internazionale nel campo della salute. Il suo approccio è globale e sistemico, abbracciando la salute lungo l'intero arco della vita, affrontando sia malattie trasmissibili che non trasmissibili, implementando piani d'intervento, sorveglianza e risposta.

3.1.1 La carta di Ottawa

In base alla Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, svoltasi in Canada, ad Ottawa nel mese di ottobre del 1986, si produsse la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute.

La Carta si basa su una visione integrata in cui l'uomo è considerato un tutto indivisibile piuttosto che una somma di parti separate e, analogamente, l'organizzazione sociale è concepita come un insieme unitario. Di conseguenza, è essenziale creare le condizioni

ottimali affinché tutti possano raggiungere il loro massimo potenziale di salute. Tuttavia, tale equità può essere realizzata solo attraverso l'azione attiva di tutti gli attori coinvolti, tra cui il governo, il sistema sanitario pubblico e privato, le organizzazioni non governative e i mezzi di comunicazione di massa (Azioni Quotidiane, 2020).

Il documento prima di chiudersi con un significativo appello finale per la promozione della salute, invita tutti i partecipanti a:

- favorire una politica pubblica per la salute
- contrastare i prodotti dannosi, il depauperamento delle risorse, la denutrizione ecc
- mettere le persone al centro del discorso salute
- riorientare i servizi sanitari
- concepire la salute come un investimento sociale.

3.1.2 La dichiarazione di Jakarta

Nel mese di luglio del 1997 a Jakarta, si è svolta la Quarta Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. Essa giunge in un momento critico nello sviluppo delle strategie internazionali a favore della salute e per la prima volta cerca di coinvolgere il settore privato a supporto della Promozione della Salute.

La Conferenza costituisce un'opportunità per riflettere su quanto appreso circa l'efficacia della promozione, per riesaminare i determinanti della salute e per identificare le direzioni e le strategie che sono necessarie per orientare le sfide della promozione della salute nel 21° secolo.

La Dichiarazione è incentrata sulla valutazione dei metodi più adatti alla promozione della salute e delle strategie comunicative da adottare (communication strategy), oltre

che sulla necessità di una rete (network) di individui e organizzazioni, governative e non, tesi alla promozione della salute.

Numerosi sono i programmi e i progetti sviluppati e realizzati dall'OMS che hanno cercato di tradurre i concetti e le strategie di promozione della salute in azioni pratiche, come: i progetti Città, Paesi e Comuni Sani e Isole Sane; le reti Scuole che Promuovono Salute e Ospedali che Promuovono Salute; i progetti Mercati Sani e Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute, oltre ai piani di azione dell'OMS su alcol e tabacco, stile di vita attivo e invecchiamento in salute.

3.2. L'Italia e l'educazione alla salute e a corretti stili di vita

La WHO della Regione Europea, sulla base dei dati allarmanti riguardanti la piaga dell'obesità, ha redatto diverse iniziative, e diversi documenti.

Un'importante iniziativa, definita Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, è stata pubblicata nel mese di febbraio del 2014 e ha incluso tutti i Paesi Membri dell'Unione Europea; tra essi ovviamente l'Italia (EU, 2014).

Questa iniziativa ha cercato di evitare l'ulteriore corsa all'aumento del peso e dell'obesità, sia nei bambini che nei ragazzi ancora minorenni, promuovendo l'assunzione di un corretto stile di vita.

Le azioni sono state rivolte ai vari Paesi dell'Europa, i quali hanno dovuto lavorare, in cooperazione con le politiche nazionali, per contrastare l'obesità. Ci sono state otto aree prioritarie su cui intervenire:

1. Promozione di ambienti sani in special modo nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie
2. Permettere sempre opzioni di scelta sana
3. Responsabilizzare ed informare le famiglie
4. Sostenere attività sane a partire dall'inizio della vita
5. Promuovere l'attività fisica
6. Potenziare tutte le operazioni di ricerca
7. Tenere il fenomeno dell'obesità sotto controllo
8. Non incentivare ed evitare la diffusione di pubblicità di prodotti industriali al pubblico dei bambini.

Secondo questo importante progetto, vi sono alcuni stakeholders che hanno un ruolo prioritario per permettere la realizzazione qualsiasi obiettivo sanitario, ovvero:

- la Commissione Europea,

- la società civile,
- gli istituti di ricerca,
- l'industria alimentare,
- le organizzazioni non governative,
- le organizzazioni internazionali,
- Stati Membri dell'UE.

Nel 2015 è stata finanziata ed approvata la Joint Action on Nutrition and Physical Activity (JANPA) con la quale l'Italia si è associata tramite l'Istituto Superiore della Sanità (ISS) e il Ministero della Salute.

L'Italia ha quindi attuato un programma definito “Guadagnare in Salute”, ed ha stilato diversi piani nazionali di prevenzione volti a migliorare le azioni di promozione di uno stile di vita sano, grazie ad una visione ad ampio spettro, proprio per evitare tutti i fattori di rischio di un'alimentazione errata, e di uno stile di vita non sano.

3.3. L'importanza della promozione alla salute a scuola e nei servizi educativi per la prima infanzia.

Numerose ricerche epidemiologiche collegano le circostanze, le pratiche e lo stato di salute dell'infanzia con la salute degli adulti e, per questo, i bambini sono spesso considerati come i “rappresentanti del futuro” (OMS 2015).

Questo implica che il miglioramento della salute e del benessere dei bambini sia una priorità della ricerca e delle agende politiche di molte nazioni.

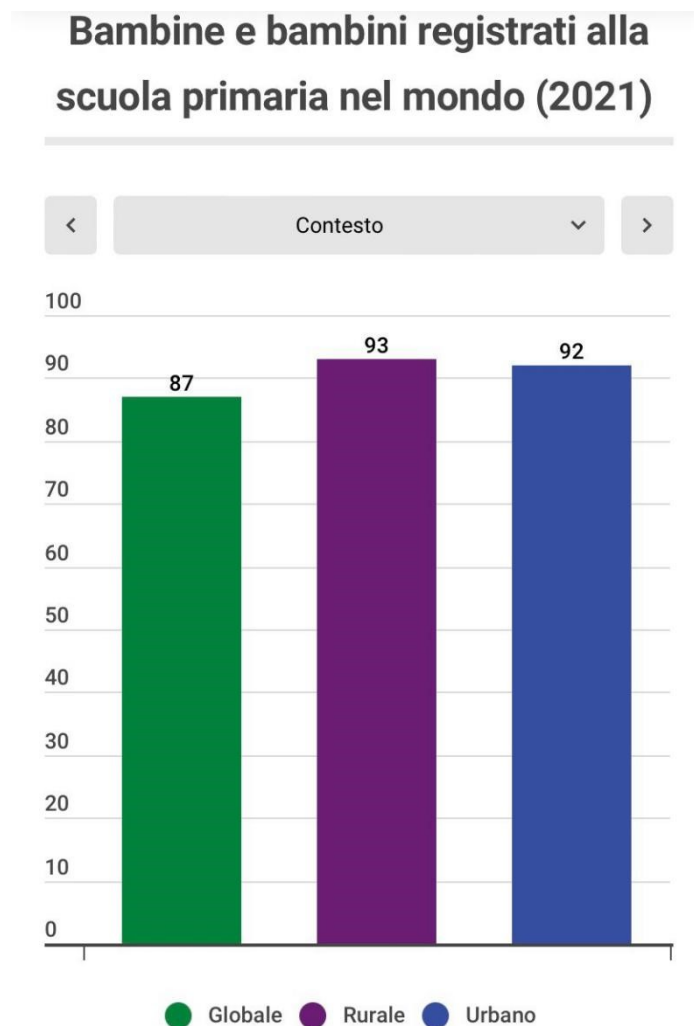
Nelle scuole, come luogo di aggregazione di tutti i bambini, è possibile, oltre alla raccolta dei dati, anche la promozione di campagne atte a diffondere sia uno stile di vita sano che l'educazione alimentare in sé.

In tutto il mondo, 617 milioni di bambini e adolescenti non riescono a raggiungere livelli minimi di competenza in lettura e matematica, nonostante il fatto che due terzi di loro frequentino la scuola. Inoltre, 64 milioni di bambini non hanno accesso alla scuola primaria, e la maggior parte di essi appartiene a gruppi emarginati (UNICEF, 2021). Le condizioni socioeconomiche giocano un ruolo significativo nel determinare le possibilità di accesso e completamento dell'istruzione primaria, con un bambino su quattro nei paesi più poveri che non può accedervi.

Esistono diverse ragioni per l'esclusione dall'istruzione dei bambini e ragazzi. Ad esempio, i bambini provenienti dalle famiglie più povere hanno maggiori probabilità di essere esclusi rispetto a quelli provenienti da famiglie più ricche (Figura 5). Vivere in aree rurali (Figura 4), appartenere a minoranze etniche, avere una condizione di disabilità o essere di sesso femminile sono fattori che spesso portano all'emarginazione scolastica.

Nonostante i progressi significativi verso l'obiettivo dell'istruzione primaria universale, con l'87% dei bambini che vi hanno accesso, un numero considerevole di 64 milioni rimane escluso (Unicef, 2021).

(Figura 4)

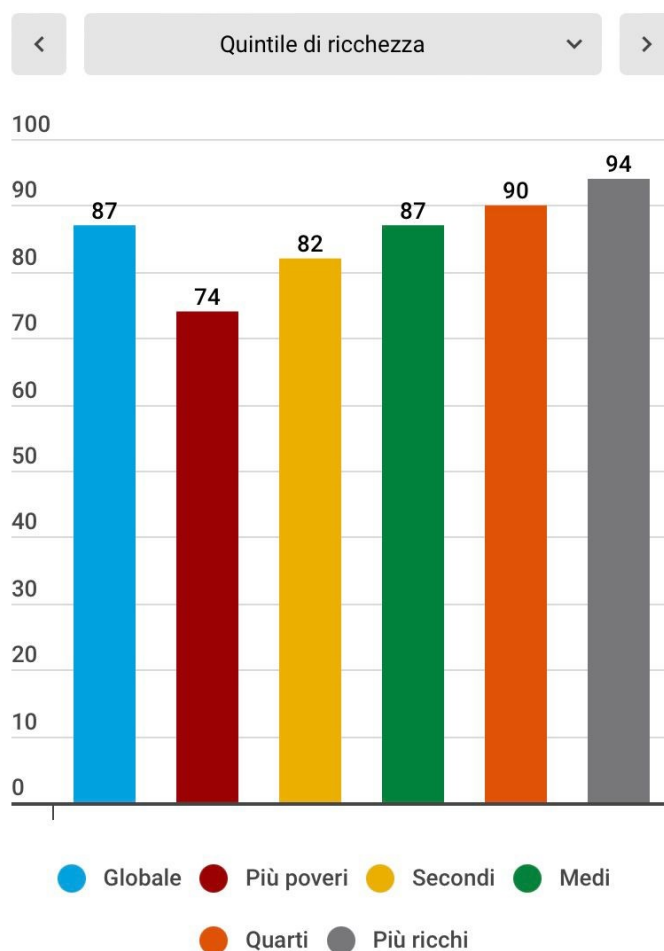


Fonte: UNICEF global databases based on Multiple Indicator Cluster Surveys, Demographic and Health Surveys and other national household surveys, 2021

Note: Tassi di frequenza scolastica per bambine e bambini in età di scuola primaria, generalmente tra 6 e 11 anni

(Figura 5)

Tasso di frequenza scolastica di bambini e bambine
in relazione al quantile di ricchezza.



Fonte: UNICEF global databases based on Multiple Indicator Cluster Surveys, Demographic and Health Surveys and other national household surveys, 2021

Note: Tassi di frequenza scolastica per bambine e bambini in età di scuola primaria, generalmente tra 6 e 11 anni

Si è visto che una bassa scolarizzazione, è spesso alla base di una health literacy bassa, ovvero un livello di alfabetizzazione sanitario, basso (Palumbo et al., 2016).

È proprio a tale proposito, che il servizio sanitario nazionale, ha sviluppato dei progetti che possano avvicinare direttamente i bambini alle tematiche della salute. Questo può implicare sia avere una buona alimentazione, sia praticare attività sportiva

quotidianamente o coltivare uno sport, o portare avanti delle passioni come ad esempio l'avvicinamento agli strumenti musicali. Questo, può favorire l'allontanamento dalle abitudini scorrette come l'uso eccessivo delle apparecchiature tecnologiche, quali computer, smartphone, o console di gioco, o l'abuso di alcool e fumo (Leone, Prezza, 2003).

Quello che a scuola deve essere insegnato, è, non solo il sapere in termini di scienza, matematica, fisica o italiano, o ancora storia, ma il saper condurre una vita sana con una buona salute non solo fisica ma anche mentale.

Uno studio pubblicato nel 2016 da Penny Curtis ed Elisabetta Goyder, che esplora il modo in cui i bambini (di età compresa tra il 9 e 10 anni) considerano l'alimentazione nella vita di tutti i giorni e le loro idee sulla relazione tra cibo e salute, mostra come hanno avuto accesso ad una molteplicità di fonti di matrice sanitaria legate all'alimentazione, comprese campagne di marketing sociale, la scuola, i media, la pubblicità e gli operatori sanitari.

Questo studio ha osservato il modo in cui i bambini accedono alle informazioni sanitarie e ha contribuito a fornire un quadro della miriade di fonti con cui i bambini interagiscono. Oltre che a scuola e a casa, i più piccoli accedono alle informazioni sanitarie in un contesto sociale più ampio, come la pubblicità rivolta ad un pubblico più adulto (Curtis et al., 2016).

L'osservazione più importante è che i bambini possono ricordare e ripetere informazioni fornite loro, ma dimostrano anche incoerenze, lacune e semplificazioni nelle informazioni che ricevono. Di conseguenza, devono lavorare duro per mettere insieme, dare priorità o rifiutare frammenti di informazioni al fine di creare quadri di comprensione più ampi e completi che siano adatti a loro nella vita quotidiana (Curtis et al., 2016).

Il fatto che i piccoli non assorbano passivamente i messaggi sanitari, ma lavorino con essi per creare significato, indica che presentare loro messaggi sanitari semplici ed unidimensionali serve solo ad enfatizzare le lacune nella comprensione; è di vitale importanza, quindi, che l'educazione sanitaria lavori per fornire un quadro più olistico delle complessità e delle interrelazioni tra i diversi aspetti dello stile di vita sano.

L'ambiente scolastico può svolgere un ruolo importante per studiare e lavorare con le abilità di comprensione dei bambini (sviluppate attraverso molteplici input ed in collaborazione con coloro che li circondano) e le esperienze incamerate, incoraggiandoli a valutare in modo critico i messaggi sanitari (Istituto Superiore di Sanità, 2020).

CAPITOLO IV

Metodi e strumenti per l'educazione e la formazione alla salute

La promozione della salute è uno strumento potente, che crea un impatto positivo e duraturo sulla vita degli individui. Questi vengono educati per aumentare il benessere attraverso semplici pratiche che possono incorporare nella vita quotidiana.

Secondo l'University of Maine (2020) ci sono tre strategie di base e cinque aree di azione promozionale per aiutare le persone a vivere una vita sana. I paragrafi 4.1 e 4.2 sono dedicati, rispettivamente, al loro approfondimento.

4.1 Strategie di base per l'educazione alla salute

Esistono tre strategie base di promozione alla salute (RHIH, 2020):

- La comunicazione sanitaria

È caratterizzata dallo studio e dall'uso di strategie di comunicazione per informare e influenzare le decisioni individuali e comunitarie che migliorano la salute (The Community Guide, 2017).

La comunicazione sanitaria utilizza diversi mezzi per trasmettere messaggi specifici o personalizzati a varie categorie di pubblico, che includono individui, comunità, operatori sanitari, gruppi speciali e decision maker.

La tecnologia dell'informazione sanitaria comprende strumenti digitali e servizi (come app per smartphone, email) che possono essere impiegati per migliorare l'autocura dei pazienti, facilitare la comunicazione tra pazienti e operatori sanitari, influenzare comportamenti e decisioni in ambito sanitario, prevenire complicazioni e promuovere l'equità nel sistema sanitario.

Questo ambito della comunicazione include strategie verbali e scritte per influenzare e consentire agli individui, alle popolazioni e alle comunità di fare scelte più sane. Spesso, come vedremo in seguito, integra comportamenti di molteplici teorie e modelli per promuovere cambiamenti positivi nei comportamenti.

La comunicazione è correlata al Marketing sociale, una pratica che cerca di unire principi di marketing con altri approcci per influenzare comportamenti che portano benefici agli individui e alle comunità per il miglioramento del bene comune.

L'utilizzo di una gamma di canali di comunicazione consente ai messaggi sanitari di raggiungere sia i media di massa che le campagne interpersonali, di piccoli gruppi o comunitarie. Le strategie di comunicazione sanitaria mirano a influenzare la conoscenza, gli atteggiamenti e/o i comportamenti delle persone. Ad esempio, esse possono:

- Aumentare la consapevolezza del rischio
- Rinforzare comportamenti salutari
- Modificare le norme sociali
- Migliorare l'accesso a supporto e servizi necessari
- Aiutare le persone a migliorare o gestire la propria salute.

Quando si pianificano strategie per la comunicazione sanitaria o il marketing sociale, è fondamentale considerare gli obiettivi generali del messaggio da trasmettere. È altrettanto cruciale comprendere il pubblico target per garantire la rilevanza dei

contenuti creati. Adattare i messaggi al canale di comunicazione scelto è essenziale. Inoltre, utilizzare diverse strategie di comunicazione e mezzi assicurerà una maggiore copertura. È importante anche verificare che il pubblico previsto abbia accesso ai canali di comunicazione utilizzati (RHIHub, 2023).

-La promozione della salute (RHIH, 2020)

Le strategie di educazione sanitaria sono personalizzate in base al pubblico a cui sono indirizzate. Vengono fornite al pubblico informazioni su una vasta gamma di temi sanitari, inclusi i benefici per la salute e le minacce che potrebbero affrontare, e offre strumenti per sviluppare competenze e promuovere cambiamenti comportamentali in modo adeguato al contesto.

Le caratteristiche delle strategie di istruzione sanitaria comprendono:

- Effettuare un'analisi dei bisogni della comunità per identificare le risorse, le priorità e i bisogni specifici.
- Pianificare un programma di lezioni e attività di apprendimento mirate a migliorare le conoscenze, le attitudini e le abilità dei partecipanti.
- Creare contenuti e materiali che rispecchino gli stili di apprendimento del pubblico e raggiungano gli obiettivi di apprendimento stabiliti.
- Assicurare che il personale del programma sia competente attraverso adeguata formazione, garantendo la coerenza con il modello del programma.
- Implementare programmi con materiali integrati e ben pianificati in un ambiente accessibile e adatto ai partecipanti.
- Coinvolgere attivamente il pubblico target nell'attività di istruzione.

Inoltre, l'educazione sanitaria può essere impartita a livello individuale, comunitario o di popolazione. Esempi di attività di istruzione a questi livelli includono:

Livello individuale:

- Visite domiciliari per fornire informazioni personalizzate ai pazienti e ai loro familiari.
- Comunicazione diretta o contatti personali per fornire istruzioni individualizzate.

Livello comunitario:

- Lezioni frontali per gruppi ristretti al fine di fornire informazioni di base.
- Workshop per coinvolgere gruppi piccoli in sessioni interattive.
- Discussioni di gruppo per facilitare la comunicazione bidirezionale sui temi trattati.
- Webinar per offrire accesso in tempo reale a informazioni e risorse.

Livello di popolazione:

- Programmi televisivi o spot pubblicitari per raggiungere un vasto pubblico.
- Programmi radiofonici o annunci mirati a specifiche preferenze di ascolto.
- Distribuzione di materiale stampato come giornali o volantini per offrire informazioni dettagliate.
- Utilizzo dei social media per condividere contenuti visivamente accattivanti.

- Politiche, sistemi e cambiamenti ambientali (RHIH, 2020)

Per garantire il successo delle strategie di educazione alla salute e di prevenzione delle malattie, è fondamentale che queste siano supportate da politiche, sistemi ed ambienti (PSE). Queste politiche, i sistemi e le iniziative di cambiamento ambientale sono concepiti per incoraggiare comportamenti salutari, assicurando che le opzioni salutari

siano facilmente accessibili e disponibili nella comunità. Le strategie di cambiamento dei PSE sono progettate con l'obiettivo della sostenibilità in mente.

La politica rappresenta uno strumento essenziale per realizzare gli obiettivi dei programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie. Le decisioni politiche sono prese da una varietà di organizzazioni, agenzie e parti interessate.

Gli approcci politici comprendono il supporto legislativo, l'implementazione di misure fiscali, la tassazione e il controllo regolamentare. Esempi di interventi politici per promuovere la salute e prevenire le malattie includono:

- l'istituzione di politiche che vietano il fumo in determinate aree pubbliche e negli eventi.
- l'introduzione di opzioni alimentari salutari nei distributori automatici situati nei luoghi pubblici.
- l'implementazione di una tassa sulle opzioni alimentari non salutari per disincentivare il loro consumo.
- la richiesta di utilizzare dispositivi di sicurezza sul lavoro per prevenire lesioni.

Il cambiamento sistemico si riferisce a una trasformazione fondamentale nel modo in cui vengono affrontati i problemi. All'interno di un'organizzazione, il cambiamento sistemico influisce sullo scopo, sulla funzione e sulle interconnessioni dell'organizzazione, agendo sulla cultura, sulle credenze, sulle relazioni, sulle politiche e sugli obiettivi. Esempi di cambiamenti sistemici nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie includono:

- elaborare piani per introdurre nuovi interventi e processi;
- adattare o riprodurre un modello comprovato di promozione della salute;
- implementare nuove tecnologie;
- creare sistemi di formazione o certificazione in linea con le politiche stabilite.

Le strategie di modifica ambientale coinvolgono la trasformazione dell'ambiente o dei contesti economici, sociali o fisici che influenzano la salute della popolazione. Queste strategie mirano a migliorare gli esiti sanitari e risultano più efficaci quando sono integrate ad altre strategie. Esempi di strategie ambientali per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie includono:

- incremento del numero di parchi, aree verdi e piste ciclabili nella comunità;
- installazione di segnaletica che promuove l'utilizzo dei percorsi pedonali e ciclabili;
- aumento della disponibilità di alimenti freschi e salutarì nelle scuole, nei ristoranti e nelle mense.

Le strategie di cambiamento ambientale, sociale ed economico (PSE) hanno il potenziale per generare impatti positivi in vari contesti. Queste strategie sono spesso intricate, poiché mirano a promuovere cambiamenti su più livelli, che possono riguardare organizzazioni, comunità o interi stati. Le strategie di cambiamento PSE sono particolarmente utili nel trattare con problemi sanitari complessi come le malattie croniche, l'obesità e il diabete.

I programmi che si concentrano sull'attuazione di strategie di cambiamento PSE devono comprendere che ciò comporta aspettative realistiche riguardo ai tempi e alle sfide che potrebbero presentarsi. Poiché queste strategie mirano a influenzare una vasta gamma di fattori e livelli, può risultare difficile misurarne l'impatto e i cambiamenti effettivi.

4.2. Le cinque aree di azione promozionale per una vita sana

La Carta di Ottawa definisce cinque aree d'azione per la promozione della salute:

- costruire politiche pubbliche sane, a tutti i settori e livelli di governo,
- creare ambienti favorevoli, per migliorare le condizioni di vita e di lavoro,
- rafforzare l'azione comunitaria nella definizione delle priorità e nelle strategie,
- sviluppare le competenze personali, attraverso l'educazione alla salute e alle abilità di vita,
- riorientare i servizi sanitari verso la promozione della salute.

Queste aree di azione "devono interagire tra loro e che alcune azioni di supporto sono efficaci" (Jackson et al., 2006, pag. 82).

Esaminando le prove di efficacia in relazione alle aree di azione della Carta, si può comprendere che gli investimenti nella costruzione di politiche pubbliche sane rappresentano una strategia centrale ed è necessario creare ambienti di sostegno a livello strutturale/politico, sociale/di gruppo e personale. L'efficacia dell'azione comunitaria non è chiara, ma sembra più efficace nel raggiungere il cambiamento della comunità/dei sistemi rispetto al cambiamento del comportamento.

Affinché siano efficaci, le azioni che "attraversano" le cinque aree di intervento devono avvenire a livello strutturale/politico, sociale/di gruppo e personale. Tali processi includono la collaborazione intersettoriale, la partecipazione della comunità al processo decisionale dei programmi, l'impegno politico verso i programmi e la consapevolezza dei contesti socio-ambientali (Jackson et al., 2006).

4.3. L'istruzione come strumento per l'educazione e formazione alla salute.

L'istruzione migliora la salute perché rafforza il senso di controllo personale che incoraggia uno stile di vita sano. Essa influenza l'effetto del basso reddito sulle

difficoltà economiche migliorando la capacità di gestire le risorse familiari. Le persone istruite evitano le difficoltà economiche meglio anche quando il reddito familiare è basso. Per questa ragione l'istruzione influenza anche l'associazione tra basso reddito e cattiva salute (Mirowsky, 2005).

Ad esempio, la Figura 6 mostra la correlazione tra il livello di disabilità e il reddito familiare in tre ampie categorie di istruzione. Le persone senza diploma di scuola superiore mostrano un forte aumento delle disabilità man mano che i livelli di reddito diminuiscono. Quelli con titoli universitari mostrano una pendenza molto più piatta.

Casi simili si verificano per la salute soggettiva e per la presenza ed il numero di diagnosi gravi.

L'istruzione aiuta gli individui a diventare agenti più attivi nella propria vita. Le scelte che le persone fanno per loro stesse, determinano in maniera sempre più incisiva la salute e la sopravvivenza. Il più grande vantaggio è che gli individui, istruendosi, sviluppano la capacità di sostituzione delle risorse, di improvvisarle, di inventare e trovare nuovi modi per risolvere problemi e raggiungere obiettivi. Sviluppano la capacità di scoprire cosa è necessario fare e come farlo. Tutto ciò si rivela necessario ed efficace quando si parla di salute (Mirowsky et al, 2005).

Si può quindi affermare che l'istruzione rende le persone capaci di evitare abitudini rischiose, o di uscirne più velocemente, e più capaci di gestire i problemi di salute che si verificano, minimizzandone i danni e tornando alla normalità nel modo più completo e rapido possibile.

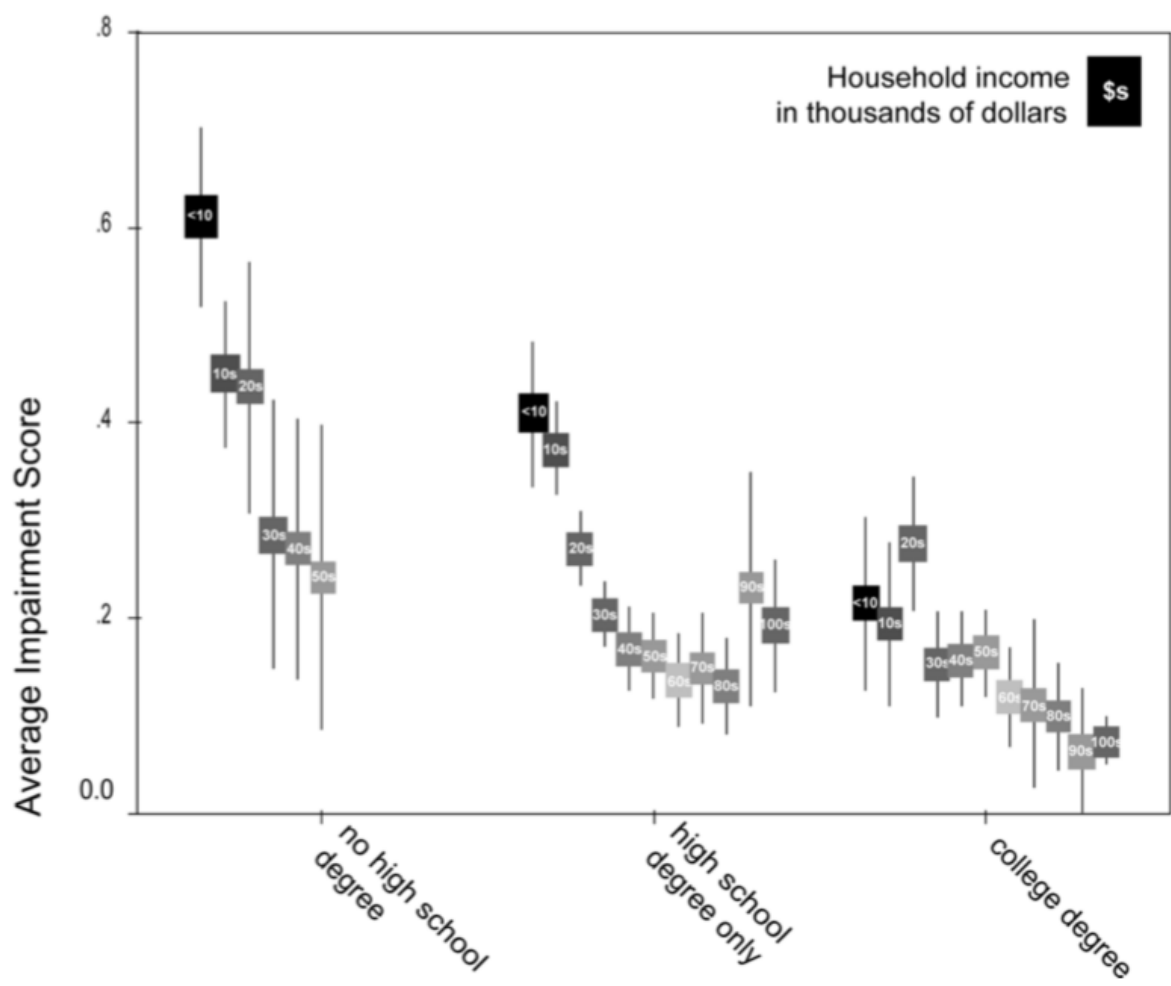


Figura 6: Livelli medi di disabilità fisica per livello di reddito all'interno di tre categorie di istruzione. (Mirowsky, 2005)

4.4. La promozione dell'attività fisica nell'educazione alla salute

La letteratura internazionale ha ampiamente dimostrato il significativo ruolo dell'attività fisica nella promozione della salute e nella prevenzione di patologie cronico-degenerative. Questa evidenza descrive una varietà di interventi che coinvolgono diversi settori e contesti educativi, quali la scuola, il luogo di lavoro, l'avviamento allo sport, lo sport, la sanità pubblica e il tempo libero.

4.4.1. L'attività fisica nei bambini e negli adolescenti.

Le istituzioni hanno risposto alla necessità di incrementare l'attività fisica dei bambini e dei giovani per contrastare lo stile di vita sedentario con due approcci principali (Monacis et al., 2020):

- le scuole stesse hanno cercato di sviluppare percorsi educativi curricolari che siano interdisciplinari e adatti alle esigenze, modificando la propria organizzazione interna;
- sono stati integrati interventi educativi, promossi da enti e associazioni locali, da svolgere sia durante che al di fuori dell'orario scolastico, con la partecipazione di insegnanti specializzati nell'ambito dell'attività fisica e dello sport giovanile.

Le linee guida internazionali della World Health Organization (WHO) raccomandano, per bambini e adolescenti (5-17 anni), la pratica di almeno 60 minuti di attività fisica giornaliera da moderata ad intensa (WHO, 2010). Un recente rapporto a livello mondiale evidenzia che più dell'85% delle ragazze e il 78% dei ragazzi tra gli 11 e i 17 anni non rispettano queste linee guida (Guthold et al., 2019). Questi bassi livelli di

attività fisica indicano non solo un abbassamento delle prestazioni motorie coordinative e condizionali, specialmente negli ultimi 15 anni, ma anche un peggioramento delle funzioni cognitive e delle componenti socio-relazionali associate alla pratica di attività motoria.

La scuola rappresenta un setting ideale per aumentare i livelli di attività fisica poiché costituisce il luogo in cui i bambini trascorrono gran parte della giornata durante l'infanzia e l'adolescenza (Story et al., 2009).

Esistono molte iniziative educative proposte per incoraggiare l'attività fisica all'interno delle scuole, la maggior parte delle quali sono strutturate come progetti multicomponenti. Questi progetti mirano a promuovere uno stile di vita attivo e a esaminare come l'aumento dei livelli di attività fisica influenzi le funzioni cognitive, le performance scolastiche e i fattori psicologici e relazionali correlati (Colella, 2018). Le principali azioni e modalità organizzative per favorire l'attività fisica durante l'infanzia e l'adolescenza si possono suddividere in tre categorie (Ibidem):

- aumentare le opportunità per i bambini di essere attivi, ad esempio tramite attività prima o dopo la scuola o durante i periodi di ricreazione;
- ampliare le opportunità esistenti per svolgere attività fisica, come aumentare il tempo dedicato all'educazione fisica o il numero di ore settimanali di sport pomeridiano;
- potenziare le opportunità per partecipare alle attività già presenti nel curriculum, ad esempio aumentando il tempo dedicato all'attività fisica durante le lezioni attraverso varie strategie, come fornire più attrezzature, offrire una gamma più ampia di sport, e utilizzare spazi e ambienti in modo più efficiente.

Indipendentemente dalle modalità organizzative, giova ricordare che aumentare i periodi di attività motoria e sportiva a scuola richiede un solido impianto metodologico

ed un sistema di valutazione dei processi didattici, al fine di ancorare al curriculum ogni attività (Colella, 2018).

Negli ultimi anni il setting scolastico è stato considerato il contesto privilegiato per educare i bambini ad acquisire non solo abilità motorie e conoscenze ma anche abitudini salutari e sviluppare il processo educativo al corpo e al movimento.

4.4.2. L'attività fisica nei luoghi di lavoro

Il luogo di lavoro è un ambiente riconosciuto per promuovere la salute tra gli adulti (OMS, 2018). Gli adulti trascorrono gran parte della loro giornata al lavoro e, le attuali sfide legate all'aumento della densità di lavoro rafforzano sempre più la necessità di impegnarsi nella salute dei dipendenti.

L'attività fisica costituisce il principale campo di azione dell'educazione alla salute dei dipendenti; i programmi di promozione della salute sul posto di lavoro possono includere approcci organizzativi, ad esempio, politiche aziendali, cambiamenti ambientali (come la progettazione di scale), nonché approcci comportamentali, come la consulenza o il coaching sullo stile di vita sano (Masala, 2017).

In aggiunta ai vantaggi per la salute mentale, gli interventi messi in atto nei posti di lavoro, per promuovere ed aumentare l'attività fisica, hanno un impatto positivo significativo sui comportamenti legati alla salute e sull'incoraggiamento ad essere più attivi fisicamente (Grande et al., 2016).

La volontà della direzione aziendale di attuare programmi di attività fisica sul luogo di lavoro spesso dipende dai costi associati, che includono il pagamento per le ore lavorative, gli istruttori e le attrezzature per la formazione. Un'alternativa potenzialmente vantaggiosa dal punto di vista economico per promuovere la salute dei dipendenti potrebbe essere quella di fornire loro attrezzature e indicazioni per

l'allenamento e incoraggiarli a fare esercizio fisico durante il loro tempo libero. Tuttavia, interventi supervisionati e di gruppo, come quelli organizzati all'interno del contesto lavorativo, sembrano aumentare la compliance con gli esercizi rispetto a quelli eseguiti a casa (Karlsson et al., 2014).

Uno studio condotto da Jackobsen et al., nel 2017, presenta un'analisi che valuta l'effetto dell'esercizio fisico sul posto di lavoro rispetto a quello svolto a casa.

Per fare questa analisi, hanno suddiviso 200 lavoratrici sanitarie, provenienti da tre ospedali diversi, in due gruppi: il gruppo "Home" (esercizi fisici eseguiti a casa da sole) e il gruppo "Work" (esercizi fisici svolti sul luogo di lavoro durante l'orario lavorativo). Entrambi i gruppi hanno svolto dieci minuti di attività al giorno, cinque giorni alla settimana, per un totale di dieci settimane. Inoltre, il gruppo "Work" ha avuto la possibilità di partecipare a cinque sessioni con un coach motivazionale per mantenere la regolarità nell'attività fisica.

Dai risultati di questo studio si evidenzia che l'attività fisica sul luogo di lavoro è più efficace dell'attività fisica svolta a casa nel migliorare la vitalità, ridurre lo stress e gestire il dolore tra gli operatori sanitari. Di conseguenza, fare esercizio fisico con i colleghi sul posto di lavoro sembra portare ad alcuni benefici psicosociali rispetto all'allenamento a casa. Inoltre si è osservato che l'impatto dell'istruttore e delle sessioni di coaching non dovrebbero essere trascurate in quanto incorporano modi per mantenere la motivazione a continuare a fare esercizio fisico. Pertanto l'esercizio fisico sul lavoro, con il supporto di allenatori, potrebbe essere la chiave per ottenere benefici dal punto di vista della salute e del potenziamento dell'educazione alla salute.

Inoltre, sembra che la partecipazione a sport di squadra possa migliorare non solo la forma fisica dei dipendenti, ma anche il loro atteggiamento verso l'attività fisica e la

comunicazione tra colleghi, portando a benefici per la salute dell'intera organizzazione (Brinkley et al., 2017).

In compenso, una possibile strategia per migliorare l'adesione agli esercizi a casa potrebbe essere l'invio regolare di messaggi di testo motivazionali. Studi recenti hanno dimostrato che questa pratica aumenta l'attività fisica complessiva, riduce la percentuale di grasso corporeo e non compromette la produttività del personale infermieristico clinico ambulatoriale (Trucker, 2016).

4.5. La promozione della sana alimentazione nella formazione alla salute

Le scelte alimentari rappresentano uno dei principali determinanti della salute e dell'onere globale delle malattie. Le abitudini alimentari scorrette sono associate all'obesità e a condizioni mediche correlate, come il diabete di tipo II, le malattie cardiovascolari e alcuni tipi di cancro. Queste abitudini sono spesso influenzate e perpetuate da fattori inevitabili come la globalizzazione e l'urbanizzazione, ma anche da fattori modificabili come la perdita di tradizioni e culture alimentari e l'attrazione verso alimenti a scarso valore nutrizionale (Gaiani, 2013).

Numerose evidenze indicano che il modello alimentare nel suo insieme, anziché singoli alimenti o nutrienti, ha un impatto significativo sulla salute pubblica (Centro ricerca Alimenti e Nutrizione, 2018). La dieta non si limita a fornire una semplice combinazione di nutrienti; prendiamo ad esempio frutta e verdura, che offrono non solo vitamine, minerali, fibra e altre molecole bioattive, ma anche benefici che vanno oltre la semplice assunzione di nutrienti. Le diete ricche di frutta e verdura sono correlate a una minor incidenza di malattie croniche, sebbene i meccanismi e i nutrienti coinvolti siano solo parzialmente compresi. È interessante notare che l'assunzione di supplementi contenenti gli stessi nutrienti o molecole bioattive non produce gli stessi effetti preventivi (Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, 2018).

4.5.1. Obesità nei bambini

Per contrastare il fenomeno dell'obesità infantile la scuola è uno dei contesti fondamentali e strategici da coinvolgere per influenzare gli stili di vita, per l'importanza che riveste nei processi di sviluppo, per l'opportunità di un continuo e intensivo contatto con i bambini durante gli anni della formazione, per la possibilità di utilizzare infrastrutture esistenti e non ultimo per l'esperienza degli insegnanti (Bonciani et al., 2015, p. 5)

Proprio Bonciani ha effettuato una revisione sistematica che consente di capire quali interventi scolastici di prevenzione sul tema del sovrappeso/obesità, cattiva

alimentazione e inattività fisica dei bambini della scuola primaria sono efficaci. Sono state fatte revisioni sistematiche su 23 articoli precedentemente selezionati in modo tale che aderissero perfettamente alla ricerca. Lo studio ha evidenziato i risultati presenti nella Tabella 1

Rapporti ISTISAN 15/1

Tabella 1. Sintesi delle revisioni sistematiche selezionate (23 articoli) (* articoli con metanalisi)

Riferimento	Target, <i>setting</i> e ambito d'intervento	Principali risultati
Verstraeten <i>et al.</i> , 2012	Bambini e adolescenti (6-18 anni) nei Paesi a basso o medio reddito; Interventi a scuola su comportamenti alimentari e/o attività fisica	Miglioramenti su alimentazione e attività fisica. Efficacia maggiore per gli interventi multicomponenti, basati su azioni educative da parte degli insegnanti e con il coinvolgimento dei genitori
Krishnaswami <i>et al.</i> , 2012	Bambini e adolescenti di cui almeno il 30% a basso reddito o appartenente a minoranza; Interventi a scuola con il coinvolgimento della comunità	Partecipazione significativa delle comunità negli interventi correlata positivamente ad un maggior raggiungimento degli <i>outcome</i> previsti
* van Grieken <i>et al.</i> , 2012	Bambini e adolescenti normopeso (0-18 anni); Interventi a scuola e in altri ambiti volti a diminuire il comportamento sedentario	Riduzioni significative nel comportamento sedentario e nel BMI nei bambini sotto i 12 anni. Nessuna differenza tra interventi singoli e multipli
* Niemeier <i>et al.</i> , 2012	Bambini e adolescenti (2-19 anni); Interventi a scuola e in ambito clinico sulla riduzione del peso con particolare attenzione al livello di partecipazione dei genitori	Il coinvolgimento dei genitori contribuisce al successo degli interventi. Interventi con durata più lunga hanno maggiore effetto
Van Lippevelde <i>et al.</i> , 2012	Bambini e adolescenti sani (6-18 anni); Interventi a scuola con coinvolgimento dei genitori	Non ci sono evidenze consistenti sul valore aggiunto del coinvolgimento dei genitori in termini di efficacia sui comportamenti dei figli. Interventi con la partecipazione dei genitori sembrano più efficaci se adottano strategie multiple e si rivolgono a determinanti differenti e ad attività a loro indirizzate
* Lavelle <i>et al.</i> , 2012	Bambini e adolescenti (≤ 18 anni); Interventi a scuola e volti a diminuire BMI o peso	Interventi che contengono una componente sull'attività fisica possono essere efficaci nel ridurre il BMI. Meno efficaci tra i maschi e i benefici sembrano durare fino a 6 anni
Hendrie <i>et al.</i> , 2012	Bambini e adolescenti con almeno un genitore o tutore (1-18 anni); Interventi nella comunità e nella scuola su attività fisica, alimentazione e comportamento sedentario	Metà degli studi sono giudicati efficaci (alcuni a ridurre il BMI, altri a migliorare abitudine alimentare o attività fisica). Aumentata efficacia se gli interventi sono <i>multi-setting</i> , c'è il coinvolgimento delle famiglie e il supporto sociale e si utilizza una teoria di riferimento
Khambalia <i>et al.</i> , 2012	Bambini in età scolare; Interventi nel contesto scolastico che agiscono in maniera combinata su dieta e attività fisica e che coinvolgono la famiglia	Interventi efficaci se di lunga durata e se agiscono in maniera combinata sulla dieta e sull'attività fisica includendo la famiglia. Differenze nella risposta agli interventi tra maschi e femmine
Sharma, 2011	Popolazione generale di bambini e adolescenti; Interventi a scuola con una componente sull'alimentazione	Maggiori risultati positivi se gli interventi: hanno una componente sia sull'attività fisica che sull'alimentazione; utilizzano una teoria comportamentale come riferimento; si focalizzano sui bambini della scuola elementare e dei primi anni della scuola media inferiore; durano almeno 6 mesi

Riferimento	Target, <i>setting</i> e ambito d'intervento	Principali risultati
Waters <i>et al.</i> , 2011	Bambini e adolescenti (≤ 18 anni); Interventi multicomponenti realizzati a livello di comunità, scuola, famiglia, centri per bambini	Maggiore efficacia negli interventi rivolti ai bambini di 6-12 anni, basati su teorie del cambiamento del comportamento e realizzate in <i>setting</i> scolastico. Elementi che aumentano il successo: interventi all'interno del curriculum, più sessioni di attività fisica, miglior cibo fornito a scuola, supporto da parte dell'ambiente
* Wahi <i>et al.</i> , 2011	Bambini e adolescenti (0-18 anni); Interventi a scuola, nella comunità e nei contesti sanitari focalizzati a ridurre il tempo passato davanti ad uno schermo	Non ci sono evidenze anche se quelli su bambini in età prescolare mostrano risultati promettenti
Silveira <i>et al.</i> , 2011	Bambini e adolescenti (5-18 anni); Interventi a scuola per diminuire il BMI e aumentare il consumo di frutta e verdura	Effetti positivi sul BMI negli interventi della durata maggiore di un anno, che introducono le attività nel curriculum, aumentano la fornitura di frutta e verdura nella mensa, e coinvolgono i genitori
De Bourdeaudhuij <i>et al.</i> , 2011	Bambini scuola primaria (6-12 anni) e secondaria (12-18 anni); Interventi a scuola su nutrizione e attività fisica	La combinazione di componenti educative e ambientali portano a migliori e più rilevanti effetti. Azioni educative personalizzate via computer in classe mostrano risultati migliori
Van Cauwenberghe <i>et al.</i> , 2010	Bambini (6-12 anni); e adolescenti (13-18 anni); Interventi realizzati a scuola sull'alimentazione	Maggiore efficacia con interventi multicomponenti volti al consumo di frutta e verdura. Minore efficacia nei bambini a basso livello socio-economico
* Kanekar <i>et al.</i> , 2009	Bambini in età scolare; Interventi realizzati a scuola su alimentazione e attività fisica in Gran Bretagna e USA	Non ci sono cambiamenti nel BMI. Non sono stati misurati altri parametri
* Harris <i>et al.</i> , 2009	Bambini e adolescenti (5-18 anni); Interventi realizzati a scuola sulla promozione dell'attività fisica	Gli interventi non migliorano il BMI, ma non sono chiare le ragioni per tale mancato successo
Pate & O'Neill, 2009	Bambini e adolescenti (fino a 12 anni di età); Realizzati nel dopo-scuola per la promozione dell'attività fisica	Interventi graditi dai bambini e dalle loro famiglie ma non sempre efficaci nell'aumentare il livello di attività fisica (maggiori difficoltà di partecipazione in condizioni socio-economiche svantaggiate)
* Katz <i>et al.</i> , 2008	Bambini e adolescenti (3-18 anni); Interventi realizzati a scuola (durata minima 6 mesi), combinati o specifici su alimentazione, attività fisica e comportamento sedentario	Interventi combinati e con una componente relativa al coinvolgimento della famiglia producono riduzioni significative sul peso dei bambini
Li <i>et al.</i> , 2008	Bambini, adolescenti e giovani adulti (3-23 anni); Interventi realizzati a scuola volti al cambiamento della dieta o degli stili di vita	Non emergono evidenze solide sull'efficacia degli interventi anche a causa della debolezza metodologica degli studi

Riferimento	Target, <i>setting</i> e ambito d'intervento	Principali risultati
Dobbins <i>et al.</i> , 2009	Bambini ed adolescenti (6-18 anni); Interventi realizzati a scuola e in altri <i>setting</i> , volti a promuovere l'attività fisica attraverso strategie educative, di promozione alla salute o <i>counselling</i>	Effetti positivi sulla durata dell'attività fisica, sul tempo trascorso davanti alla televisione e su alcuni parametri clinici
Steyn <i>et al.</i> , 2009	Bambini e adolescenti; Interventi realizzati a scuola su alimentazione e attività fisica	Significativi miglioramenti sui comportamenti alimentari dei bambini. I fattori di successo: formazione degli insegnanti; inclusione dell'attività fisica; coinvolgimento delle famiglie; riferimento a una teoria del comportamento; coinvolgimento delle mense scolastiche
* Seo & Sa, 2010	Bambini e adolescenti (6-19 anni) (americani appartenenti a minoranze etniche); Interventi con tre o più componenti (attività fisica, alimentazione, comportamento sedentario) realizzati in <i>setting</i> diversi (scuola, comunità, famiglia, contesto clinico)	Più efficaci gli interventi multicomponenti che coinvolgono la famiglia e si adattano culturalmente. La durata dell'intervento non sembra avere un effetto sull'efficacia del trattamento
* Kamath <i>et al.</i> , 2008	Bambini e adolescenti (2-18 anni); Interventi realizzati in <i>setting</i> diversi (famiglia, scuola, contesto clinico o comunitario) su attività fisica, alimentazione e sedentarietà	Piccoli cambiamenti nei rispettivi comportamenti target e non effetti significativi sul BMI rispetto al gruppo di controllo.

Tabella 1: Bonaccini et al. Epidemiologia e Sanità Pubblica, 2015.

Da questa tabella si evince che gli interventi scolastici in ambito di educazione alimentare sono efficaci in qualsiasi caso, forse anche di più rispetto agli interventi sull'attività fisica. Più promettenti sono gli interventi multicomponenti che coinvolgono anche famiglie e comunità e quelli rivolti ai bambini che hanno un'età compresa tra i 6 e i 12 anni.

4.5.2. Educazione alimentare nei luoghi di lavoro

Per quanto riguarda l'educazione alimentare nei luoghi di lavoro uno studio intitolato "Food at Workplace: Solutions for Malnutrition, Obesity, and Chronic Diseases", pubblicato nel 2005 dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO), ha evidenziato che seguire una dieta adeguata può migliorare significativamente la concentrazione, portando a un aumento delle prestazioni lavorative. Il rapporto ha

sottolineato che la mancanza di una dieta appropriata sul luogo di lavoro può danneggiare la salute dei dipendenti e causare una perdita di produttività fino al 20%. Inoltre, ha dimostrato che investire in un'alimentazione sana ed equilibrata può influenzare positivamente il benessere fisico e mentale dei dipendenti, riducendo spesso il numero di giorni di malattia e infortunio e incrementando il tasso di produttività.

Le iniziative di promozione della salute condotte dalle aziende nel settore alimentare sono utili per incoraggiare cambiamenti negli stili di vita e nei comportamenti errati, con benefici non solo per il benessere dei lavoratori, ma anche per la sicurezza sul luogo di lavoro, le prestazioni lavorative e la produttività aziendale (European Union, 2021).

In particolare, i medici competenti, oltre a partecipare alle campagne aziendali di promozione della salute, durante le visite mediche utilizzano semplici parametri come altezza, peso, circonferenza vita e pressione arteriosa per valutare il rischio cardiovascolare, identificare la classe di BMI, calcolare il fabbisogno calorico in base all'attività lavorativa; fornire informazioni sui rischi di una dieta non corretta e sottolineare i benefici per la salute di una dieta equilibrata potrebbe essere un ottimo esempio di educazione alimentare (Centro ricerca Alimenti e Nutrizione, 2018).

Se adeguatamente addestrati, i medici competenti possono anche fornire consulenze nutrizionali ai lavoratori con sovrappeso, obesità, disturbi alimentari o problemi di salute come ipertensione arteriosa, diabete e sindrome metabolica. Questo potrebbe essere un sostegno per aiutare i lavoratori a valutare la possibilità di modificare comportamenti alimentari sbagliati (Baccolo et al., 2010).

Alcuni autori, identificano i luoghi di lavoro come piccole comunità all'interno delle quali risultano possibili programmi di prevenzione attraverso modifiche nello stile di vita, fornendo così una razionale opportunità di prevenzione primaria (Beresford, 2007). Questo ci porta a poter affermare che l'introduzione dell'educazione alimentare

negli ambienti di lavoro può essere un importante strumento per l'educazione e la formazione della salute.

CAPITOLO V

Caratteristiche di una comunicazione efficace

Per parlare di comunicazione occorre innanzitutto definirla. Essa è tutto ciò che ci circonda nell'ambiente che si trova attorno a noi, ovvero soggetti ed elementi che hanno delle proprie forme, posizione, colore, o anche un proprio modo di muoversi con movimenti specifici ed un proprio modo di relazionarsi tramite i cosiddetti comportamenti.

La comunicazione ci costituisce: è l'aspetto fondamentale e determinante della contemporaneità. Interviene in tutti i comportamenti, interessa e investe il quotidiano, il nostro modo di pensare, di sentire, di vestirci, i nostri rapporti con le cose e con gli oggetti, i nostri acquisti, la strutturazione del nostro habitat (Fiorano, 2006, pag. 11).

Questa può essere vista come un'azione all'interno di un sistema complesso dove le principali influenze sono l'orientamento verso l'ambiente circostante o verso gli altri individui. Comunicare implica non solo trasmettere informazioni, ma soprattutto condividere qualcosa in comune; tramite la comunicazione, le persone interagiscono, condividono valori ed esperienze, stabilendo così un senso di appartenenza a una comunità.

Chi riceve un messaggio deve avere le competenze adeguate per decifrarlo, mentre chi lo emette deve avere un'adeguata competenza comunicativa per generarlo adeguatamente (Villamira et al., 2002).

La capacità nel generare un corretto messaggio è insita in tre caratteristiche della competenza stessa: sintattica, pragmatica e semantica.

La competenza sintattica è la capacità di produrre frasi corrette, quella pragmatica consiste invece nel comunicare valutando il contesto in cui è inserito il soggetto ricevente. La competenza semantica è, invece, data dall'associare situazioni, oggetti, parole ed eventi in modo costruttivo (Zuanelli, 1981).

Oltre a tutti questi elementi, è da tenere presente lo scopo della comunicazione, le persone che vi partecipano, i linguaggi e i segni utilizzati, il contesto, il canale che si sceglie, e le informazioni scambiate (Volli, 2007).

5.1. I livelli di comunicazione

Il sistema di comunicazione può essere diviso in tre livelli che si sono evoluti nel tempo seguendo lo sviluppo della società (Gabassi e Tassarolo, 1995):

1. Il primo livello, noto come interpersonale o faccia-a-faccia, vede il soggetto comunicare utilizzando principalmente le capacità visive e uditive, con un'accentuata enfasi sulla modalità orale, gestuale e spaziale. A questo livello, c'è la possibilità di una risposta immediata, consentendo di influenzare e modificare le interazioni con gli altri comunicanti.
2. Il secondo livello, chiamato della cultura organizzata o culturale, si distingue per il distacco tra i comunicanti, reso possibile dall'uso di strumenti di trasformazione. Qui, il primo comunicante non solo emette il messaggio biologicamente, ma lo codifica attraverso trasformatori come penne, scalpelli, pennelli o macchine per scrivere. Questi

trasformatori definiscono un codice che rappresenta il messaggio, come nel caso della scrittura, che conserva i messaggi verbali. Questo livello include anche sistemi di disegno che vanno dai graffiti ai disegni architettonici e al computer. In questo contesto, non c'è una risposta immediata tra i comunicanti, creando un distacco che riduce l'importanza del messaggio originale.

3. Il terzo livello è rappresentato dalla comunicazione di massa, che si distingue per l'utilizzo di tecnologie specializzate in grado di centralizzare la fonte del messaggio e diffonderlo a un vastissimo numero di utenti (audience). I messaggi vengono registrati e riprodotti, consentendo agli utenti di riascoltare voci o rivivere eventi significativi. A questo livello, si verifica un ritorno a una forma di oralità secondaria, non intesa come interazione diretta faccia a faccia, ma come predominanza dell'osservare rispetto all'agire diretto.

5.2. La sociologia della comunicazione

Dal punto di vista sociologico, l'analisi del processo comunicativo si basa sull'osservazione dei suoi modi concreti all'interno dei contesti sociali, partendo dal presupposto che la comunicazione rappresenti l'attività umana primaria. Un concetto fondamentale è quello della costruzione sociale della realtà, in cui la realtà quotidiana è costituita da oggettivazioni, tra cui le significazioni, ovvero i sistemi di segni, rivestono un ruolo cruciale. Il linguaggio, come il più rilevante di questi sistemi, ha le sue radici nella vita di tutti i giorni e si riferisce principalmente ad essa. La comunicazione avviene attraverso scambi verbali e non verbali, e per partecipare al processo comunicativo in modo efficace è necessaria una competenza comunicativa. Di conseguenza, i sistemi sociali possono nascere e svilupparsi solo grazie alla comunicazione (Licari, 2008).

La sociologia della comunicazione si concentra sull'analisi approfondita delle implicazioni socio-culturali che derivano dalla trasmissione simbolica, con particolare attenzione all'utilizzo dei mezzi di comunicazione di massa. Esaminare i mezzi di comunicazione implica studiare come lo stesso messaggio mediatico possa avere conseguenze diverse sui gruppi sociali e sugli individui all'interno di essi, a seconda del contesto culturale. In altre parole, si esamina il processo di trasmissione del messaggio stesso (Paccagnella, 2005).

Se consideriamo la sociologia come lo studio della struttura e del comportamento sociale, è evidente il legame con il mondo della comunicazione, che ha le sue radici profonde nella società.

La comunicazione di massa rappresenta il fulcro di questa relazione con la sociologia. Esamina il modo in cui le persone scambiano informazioni attraverso i mezzi di

comunicazione di massa, che possono raggiungere vasti segmenti della popolazione contemporaneamente con una rapidità sorprendente (Paccagnella, 2005).

In termini più semplici, la comunicazione di massa si riferisce alla trasmissione e allo scambio di informazioni su larga scala verso un vasto pubblico.

Questo concetto comprende le pubblicazioni come giornali, riviste e libri, oltre a radio, televisione, film e internet: tutti questi mezzi servono per diffondere informazioni, notizie e pubblicità. La comunicazione di massa si distingue dagli studi su altre forme di comunicazione, come quella interpersonale o organizzativa, poiché si concentra su una singola fonte che trasmette messaggi a un gran numero di destinatari.

Il focus principale nello studio della comunicazione di massa è sul modo in cui il contenuto di questa comunicazione influenza il comportamento, gli atteggiamenti, le opinioni o le emozioni delle persone che la ricevono.

5.3. Le criticità della comunicazione nel sistema salute

La comunicazione in tutte le sue sfaccettature rimane un aspetto essenziale per la sanità e per l'intera comunità cittadina. Tuttavia, questa è complicata da una serie di elementi ambivalenti, come la crescente disponibilità di informazioni che si accompagna a nuove e parzialmente inedite difficoltà. Queste difficoltà derivano in parte dalla distribuzione disomogenea delle competenze necessarie per discernere tra una varietà di contenuti, identificando quelli veramente fondati (Bosco, 2016).

Le interazioni tra professionisti all'interno di equipe multidisciplinari che si occupano di patologie croniche e complesse, la necessità di comunicare informazioni tecniche a un pubblico variegato che spesso manca degli strumenti per comprenderle appieno, e la realizzazione di campagne informative per promuovere o scoraggiare comportamenti specifici nella popolazione sono solo alcuni esempi della rilevanza e delle molteplici forme di questo legame.

Pertanto, se la comunicazione è cruciale - e si potrebbe dire inevitabilmente costitutiva in questo ambito - molteplici sono le ragioni che rendono questo campo particolarmente delicato. Qui, le conseguenze di un messaggio mal calibrato possono produrre esiti drammatici, come suscitare paure anziché attenuarle, o spingere lontano da comportamenti desiderati invece di promuoverli (Bosco, 2016).

L'attenzione verso gli aspetti sociali della comunicazione si è estesa notevolmente, includendo una vasta gamma di forme comunicative che vanno oltre la tradizionale produzione di spot pubblicitari o campagne promozionali. Questi approcci cercano di integrare queste modalità all'interno di una gamma più ampia di strumenti e forme comunicative. La base di questo sviluppo è il riconoscimento che temi complessi, spesso capaci di suscitare paure e resistenze nella popolazione interessata, richiedono

un approccio sociale che sia sensibile ai contenuti trattati che alle dinamiche relazionali che si sviluppano intorno a tali temi (Lemma, 2011).

Secondo Piero Dominici (2016), contrariamente a quanto si potrebbe immaginare, esiste da tempo un grave ritardo culturale nel campo della comunicazione. Questo ritardo culturale è evidente in tutti i settori, dall'ambito istituzionale a quello dei gruppi sociali, aggravato dal diffuso convincimento che non siano necessarie particolari competenze (e conoscenze) per "fare comunicazione". Il concetto di "comunicazione" viene spesso banalizzato o semplificato eccessivamente con la convinzione che "tutto è comunicazione", mentre invece richiede un approccio complesso e ambivalente, nonché un'urgente necessità di adottare un approccio sistemico per analizzarla e gestirla. Questa semplificazione spesso conduce a discorsi, utilizzi e pratiche illogiche, incompetenti, superficiali e irresponsabili. Lo stesso tipo di ritardo culturale e approccio semplificato sta caratterizzando anche l'era della cosiddetta rivoluzione digitale e della "società interconnessa/ipерconnessa", influenzando il nostro rapporto con i nuovi ecosistemi e gli ambienti comunicativi emergenti (Dominici, 2015).

La comunicazione continua ad essere vista principalmente come una serie di tecniche di persuasione o manipolazione, orientate verso un utilitarismo strumentale. Tuttavia, essa costituisce il cuore dell'azione umana e sociale, essendo un processo sociale fondato sulla condivisione della conoscenza e delle informazioni, che richiede comprensione reciproca, relazioni equilibrate, empatia e una diffusa interconnessione relazionale. Questo processo è caratterizzato da complessità, dinamicità e sistematicità e richiede un approccio interdisciplinare e multidisciplinare che tenga conto di diverse distinzioni: tra comunicazione e connessione, tra comunicazione e marketing, tra mezzi e scopi, tra strumenti e contenuti, tra attori e strutture (Dominici, 2016).

5.4. La comunicazione per promuovere il cambiamento

La comunicazione rappresenta la prerogativa principale del cambiamento sociale, ma spesso le persone tendono a sottovalutare le potenzialità visibili e invisibili delle azioni comunicative, a causa della loro apparente naturalezza. Questa potenzialità è ancora più cruciale nel contesto della comunicazione sociale (Panico, 2015).

Mentre nella comunicazione commerciale il cambiamento dei comportamenti di acquisto è l'obiettivo principale (insieme al potenziamento del brand), nella comunicazione sociale si affrontano principalmente i cambiamenti identitari, sia a livello individuale che collettivo. Inoltre, i temi di cambiamento sono spesso controversi e contraddittori, sia dal punto di vista scientifico che da quello del senso comune e della morale.

Questi aspetti coinvolgono in modo differenziato gli immaginari sociali individuali e collettivi, influenzando le scelte di cambiamento razionali e, più comunemente, irrazionali. Questa complessità rende la progettazione della comunicazione sociale un compito difficile: quando si affrontano questioni che toccano le nostre convinzioni più profonde o che diamo per scontate nella vita quotidiana, ogni tentativo di problematizzazione attraverso la comunicazione, sia interpersonale che mediatica, incontrerà resistenze (Manti, 2016).

Le radici del nostro immaginario sono saldamente ancorate e difficilmente saranno scosse, a meno che non si verifichino eventi specifici capaci di sovvertire le nostre idee, il nostro senso e le nostre immagini consolidate. È pertanto essenziale comprendere che i processi di cambiamento degli immaginari sociali non sono né semplici né immediati. Possiamo individuare almeno quattro fasi distinte su cui concentrarci: la percezione, la

conoscenza, l'incorporazione e infine il possibile cambiamento di atteggiamenti e comportamenti (Volterrani, 2019).

La comunicazione sociale coinvolge molte realtà diverse e utilizza vari tipi di linguaggio e media. È importante considerare l'aspetto etico della relazione tra il significato letterale e quello simbolico di un messaggio. Oltre a descrivere una situazione, un messaggio può anche trasmettere significati simbolici che riguardano i bisogni, le esperienze, gli stereotipi e le relazioni con gli altri e con il mondo. Quando la comunicazione sociale mira a influenzare i comportamenti sociali, è efficace quando non si limita a generare una generica e temporanea gentilezza, ma crea comunità durature in cui la consapevolezza e l'etica portano a promuovere comportamenti positivi e a prendere responsabilità morale (Freeman, 2007).

5.5. Comunicare la promozione alla salute

Quando si tratta di comunicare informazioni riguardanti gli interventi per la salute, sia i sistemi sanitari che il personale sanitario, i ricercatori, i politici e i media possono adottare diversi approcci che variano su una scala che parte dall'informazione, passando per la raccomandazione e arrivando alla coercizione (Figura 7).

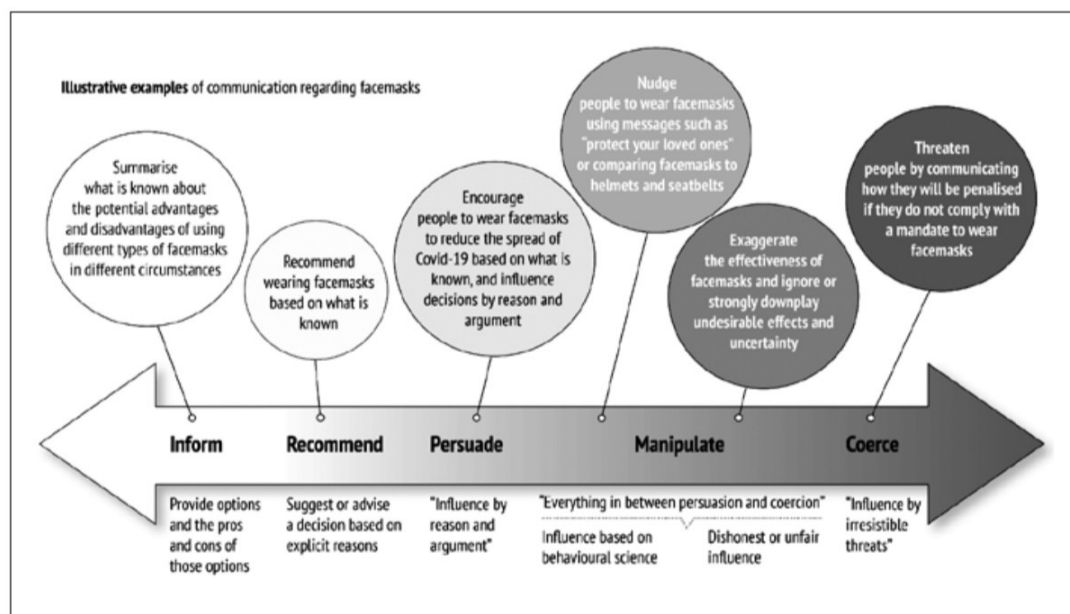


Figura 7:

Un continuum dall'informazione alla coercizione, con esempi riferiti al caso delle mascherine facciali (Oxman AD et al.,2022).

Una comunicazione informativa presenta un bilanciamento equilibrato tra i rischi e i benefici degli interventi, adattandosi al contesto e alle diverse fasce di rischio, e mostrandosi onesta riguardo alle incertezze e chiara sugli obiettivi.

D'altra parte, una comunicazione più persuasiva e coercitiva tende a semplificare eccessivamente, a non differenziare in base al contesto o ai gruppi di popolazione, a enfatizzare i benefici degli interventi, a basarsi su testimonianze aneddotiche e sull'opinione di esperti, e a sollecitare sentimenti come colpa o paura.

Comunicare i risultati della ricerca scientifica è una sfida, soprattutto in periodi come quello attuale, dove c'è una tensione tra l'etica della trasparenza e la necessità di raggiungere obiettivi di salute pubblica. Una comunicazione più informativa, che evidenzia anche i rischi e le incertezze degli interventi, potrebbe allontanare alcune persone dalla scelta di adottare quegli interventi. Questo rischio potrebbe spingere le istituzioni sanitarie e governative a preferire approcci comunicativi più orientati verso la persuasione piuttosto che l'informazione, strategia che potrebbe essere efficace nel breve termine ma che potrebbe compromettere la fiducia delle persone nelle istituzioni a lungo termine (Pretesten et al., 2021).

In uno studio esplorativo, svolto da Pretesten et al. nel 2021, sull'effetto della trasparenza nella comunicazione riguardante i vaccini, 3436 cittadini americani e 3427 cittadini danesi sono stati selezionati casualmente per ricevere informazioni su un vaccino immaginario contro il COVID-19 tramite diverse modalità di comunicazione, caratterizzate da diversi livelli di trasparenza. I risultati hanno dimostrato che una comunicazione più trasparente ha portato a una riduzione dell'accettazione dei vaccini nel breve termine, ma ha contribuito a consolidare la fiducia dei cittadini nelle istituzioni nel lungo periodo. Al contrario, una comunicazione meno informativa ha rafforzato il rifiuto dei vaccini nelle persone coinvolte nello studio.

5.5.1. La comunicazione trasparente

La connessione tra una comunicazione poco trasparente e lo scetticismo nei confronti dei vaccini è stata esplorata da studi di psicologia sociale. Questi studi suggeriscono che la discrepanza tra messaggi pubblici poco chiari, orientati alla persuasione, e la complessità della situazione socio-sanitaria potrebbe favorire il fenomeno noto come "dissonanza cognitiva" (Aronson E., 2020). Questo termine, coniato nel 1957 dallo psicologo e sociologo Leon Festinger, descrive lo stress psicologico causato dalle informazioni contrastanti. La dissonanza tra idee conflittuali spinge le persone a cercare una "coerenza", che spesso si traduce nella conferma dei propri pregiudizi.

In assenza di una comunicazione trasparente che affronti e fornisca una base razionale per le preoccupazioni e le incertezze, le persone con scarsa fiducia nei confronti dei vaccini potrebbero interpretare una comunicazione vaga come un sostegno ai loro sospetti e timori, abbracciando quindi teorie e spiegazioni che li confermano per mantenere la "coerenza" (Marchlewska M., 2018).

Esprimere in modo chiaro i contenuti scientifici sulla salute è più agevole quando si tratta di interventi sanitari con evidenze solide di efficacia, vantaggi chiari e pochi svantaggi.

In un recente studio condotto da Oxman et al. (2022), è stato evidenziato che la comunicazione informativa e persuasiva tende a sovrapporsi entro certi limiti quando ci sono prove robuste a favore dei benefici di un intervento. In questi casi, infatti, i vantaggi dell'intervento diventano naturalmente il fulcro dell'informazione.

Quando la trasparenza si unisce alla comunicazione, diventa un alleato fondamentale per motivare le persone a prendere decisioni cruciali in ambito sanitario, come quelle che riguardano la limitazione delle libertà individuali.

In ultima analisi, la trasparenza emerge come elemento essenziale per instillare fiducia nel pubblico rispetto alla comunicazione scientifica. Tuttavia, essa da sola non è sufficiente. Il suo impatto diminuisce se i contenuti comunicati non sono utili o se il pubblico non è in grado di comprenderli adeguatamente (Palumbo et al., 2016).

5.6. Requisiti e caratteristiche di una comunicazione efficace

Sono stati evidenziati sei requisiti che rendono efficace la comunicazione (D'Amico et al., 2013):

1. **Leggerezza.** È importante ridurre al minimo i pregiudizi e i conflitti di interesse economici o accademici durante tutte le fasi della ricerca, compresa la pianificazione dell'agenda, il disegno e la metodologia degli studi, la pubblicazione e la presentazione dei risultati.
2. **Rapidità.** È fondamentale avere accesso a fonti di informazione concisi, facilmente accessibili e regolarmente aggiornate con le migliori evidenze disponibili nel breve termine.
3. **Esattezza.** L'allineamento tra una domanda di ricerca rilevante e il tipo di studio appropriato per rispondere a quella domanda.
4. **Visibilità.** La chiarezza durante le varie fasi della ricerca, dall'iscrizione, alla pianificazione dello studio, alla divulgazione e analisi dei dati, fino alla presentazione dei risultati.
5. **Molteplicità.** La considerazione della complessità e dell'incertezza intrinseca alla scienza della salute, che non può essere semplificata in una misura standard o adatta a tutti.
6. **Coerenza** L'assonanza tra quello che i ricercatori studiano e quello di cui i pazienti hanno davvero bisogno.

Per quanto riguarda le caratteristiche di una comunicazione per la salute efficace, queste si possono riassumere in (US Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010):

- Accurata. Il contenuto della comunicazione deve essere valido e senza errori
- Accessibile. Il contenuto deve essere diffuso con modalità e in contesti a cui il destinatario ha accesso
- Equilibrata. Il contenuto deve presentare i benefici e i rischi di un comportamento o comunque riconoscere la possibilità che esistono più interpretazioni di un argomento
- Attenta alla cultura di riferimento. La comunicazione deve tener conto delle specificità (culturali, sociali, etniche) del destinatario
- Basata sulle evidenze. Il contenuto deve basarsi sulle più aggiornate prove scientifiche
- Estesa. Il contenuto deve essere accessibile alla più ampia fetta possibile della popolazione identificata come destinataria
- Affidabile. La fonte della comunicazione deve essere credibile e il contenuto deve essere sempre aggiornato
- Ripetuta. La diffusione del messaggio deve essere ripetuta più volte, sia per rafforzare l'impatto sui destinatari che lo hanno già ricevuto, sia per raggiungerne di nuovi
- Tempestiva. il messaggio viene diffuso quando il destinatario è più ricettivo o quando ha più bisogno delle informazioni veicolate
- Comprensibile. Le caratteristiche del messaggio (per esempio il linguaggio o il mezzo utilizzato) devono essere appropriate alle capacità di comprensione del destinatario.

Di solito, gli operatori sanitari pubblici registrano e condividono dati. Tuttavia, il vero obiettivo di una comunicazione efficace è il messaggio. Quindi, uno sforzo principale nella costruzione della comunicazione sanitaria è trasformare i dati, come numeri, percentuali e osservazioni, in informazioni comprensibili e, infine, in messaggi che abbiano significato per altre persone.

5.7. Il processo della comunicazione

Secondo Epicentro iss, ci sono quattro fasi per definire un processo di comunicazione:

1. lo sviluppo di un piano e di una strategia;
2. lo sviluppo del pre-test del messaggio;
3. la realizzazione del progetto;
4. il monitoraggio, la valutazione e il miglioramento del progetto.

Si tratta di un ciclo continuo in cui ciascuna fase influisce sulla successiva, e anche l'ultima fase, ovvero la valutazione e il miglioramento del progetto, fornisce la base per correggere eventuali errori o migliorare il progetto per i progetti futuri. Inoltre, potrebbe essere necessario fare dei passi indietro per correggere alcuni aspetti del progetto.

5.7.1. Sviluppo di un piano e di una strategia

La fase di pianificazione è cruciale nello sviluppo di qualsiasi progetto di comunicazione. Attraverso una pianificazione accurata, siamo in grado di comprendere appieno il problema di salute che si intende affrontare e ciò che la comunicazione può realisticamente ottenere. Inoltre, la pianificazione ci aiuta a identificare l'approccio comunicativo più efficace per raggiungere gli obiettivi stabiliti. Lavorare senza una pianificazione adeguata porta solo a perdite di tempo e alla creazione di progetti di comunicazione inefficaci. Prima di definire una strategia di comunicazione e sviluppare un piano, è essenziale completare alcune fasi preliminari (Epicentro iss).

Questa fase non è altro che un insieme di ricerche da dover fare:

- Valutare il problema di salute e identificare le possibili componenti della soluzione.
- Definire gli obiettivi di comunicazione
- Conoscere e definire i target della comunicazione
- Esplorare i contesti, i canali e le attività per raggiungere l'audience.

- Identificare potenziali partner
- Sviluppare la strategia di comunicazione, abbozzare un piano di comunicazione e valutazione

5.7.2. Sviluppo e pre-test di messaggi e materiali

È buona abitudine realizzare più concept del messaggio, così come sottoporli al giudizio del target a cui è destinato il messaggio. Ciò consente di affinare le scelte per la messa a punto del messaggio definitivo ed evitare errori di comunicazione.

Per capire quale sarà la reazione dei destinatari al prodotto di comunicazione, se il messaggio avrà le caratteristiche necessarie a renderlo efficace e se è comprensibile, deve essere sottoposto ad un campione del target a cui è indirizzato.

Il giudizio di questo campione sarà prezioso per verificare se sono necessari aggiustamenti prima di perdere tempo e denaro dando il via a un programma di comunicazione probabilmente inefficace (Epicentro iss).

5.7.3. Realizzazione del progetto

La messa in atto del progetto di comunicazione varia in base alle sue caratteristiche specifiche e alle esigenze dell'organizzazione che lo promuove. In alcuni scenari, potrebbe essere preferibile avviare l'intervento gradualmente, magari in un'area geografica limitata, per valutarne l'efficacia e apportare eventuali miglioramenti. Questa strategia risulta particolarmente vantaggiosa quando si implementano programmi su vasta scala o si adottano strategie comunicative innovative. Al contrario, in altri casi potrebbe essere preferibile un lancio su vasta scala, che potrebbe includere, ad esempio, un evento di lancio come una conferenza stampa. Le decisioni riguardanti queste modalità di lancio devono essere attentamente valutate in base agli obiettivi, al

contesto e alle risorse disponibili, e dettagliate nel piano di comunicazione (Epicentro iss).

5.7.4. Monitoraggio, valutazione e miglioramento

Il monitoraggio è costituito dall'insieme di procedure che permettono la raccolta e il passaggio dell'informazione necessaria per prendere decisioni. Nel caso di un progetto di comunicazione significa osservarne l'evoluzione sulla base di indicatori e obiettivi fissati in precedenza.

Altro momento fondamentale nel ciclo di vita di un programma di comunicazione è la valutazione: consente infatti di capire se il programma è riuscito a raggiungere gli obiettivi sperati e, laddove ciò non fosse avvenuto, di individuare gli elementi da correggere per renderlo più efficace (Epicentro iss).

CONCLUSIONI

Nel corso della storia, la sanità pubblica si è prodigata riuscendo nell'obiettivo di costruire un efficace metodo per contrastare tutte quelle malattie che, nel corso dei secoli, hanno colpito la popolazione.

L'industrializzazione, il basso livello di istruzione e l'appartenenza alle classi sociali più basse, risultano essere le basi fondanti di uno stile di vita sbagliato e le malattie cronico degenerative, come le patologie cardiovascolari, risultano essere il frutto di tutto questo.

Ad oggi la cosa migliore da poter fare è quella di dare ai cittadini gli strumenti necessari per comprendere, educandoli a prevenire o ad evitare determinate malattie sulla base della cura personale, di uno stile di vita sano e dell'equilibrio psicologico; tutto ciò attraverso una buona comunicazione.

Le figure professionali adatte sono in grado, infatti, di supportare il paziente motivandolo a prendendosi cura del proprio corpo e della propria salute.

Tutte le istituzioni sanitarie si apprestano, sempre più e sempre con un impegno crescente, a promuovere la giusta via della vita, affinché essa sia più lunga e migliore nel caso di paziente ad alto rischio o con patologie conclamate.

Spesso i progetti sono attuati proprio nelle fasce di età inferiori, allo scopo di educare quegli individui che domani saranno dei cittadini più consapevoli in ambito sanitario, con uno stile di vita sano e un alto livello di health literacy, che permetta loro di compiere delle scelte ottimali ed in linea con il proprio benessere sia fisico, che mentale.

Quindi, educare alla salute può permettere di diffondere informazioni che riguardano l'economia, l'ambiente, la società creando un impatto sulla salute e sull'utilizzo del sistema sanitario stesso.

A tal proposito, la carta di Ottawa è una chiara esplicazione dei tre determinanti della Salute: ambiente, economia e società. Proprio su questo si può salvaguardare e promuovere il benessere dei cittadini.

Le istituzioni fanno in modo, collaborando attraverso determinati enti e strutture, di favorire un miglioramento ed una promozione della salute dei cittadini e della comunità intera.

A sostegno di queste attività vi è l'OMS, che ha cercato di tradurre i concetti e le strategie di promozione della Salute in azioni pratiche creando ospedali, luoghi di lavoro e piani di azione contro attività deleterie per la salute, incoraggiando stili di vita attivi.

Anche alcune stakeholders mondiali, come la società civile, la Commissione Europea, le Organizzazioni internazionali, gli Stati Membri dell'UE, l'industria alimentare e le organizzazioni non governative, hanno obiettivi prefissati in sincronia per educare alla salute.

Tutte le attività che l'educazione alla salute adotta, vengono esplicate chiamando in causa mass media, scuola, associazioni sportive, università, parrocchia, sindacati, famiglia, assistenti socio sanitari, medici, volontariato, e farmacisti. Tutti questi soggetti, in misura maggiore o minore, possono quindi dare luogo a informazioni, ambiente fisico e sociale, atteggiamenti di valore, opinioni e conoscenze sostenendo lo sviluppo sociale e personale grazie proprio all'informazione, all'educazione alla salute ed al rafforzamento delle “life skills”, ovvero abilità psicosociali che migliorano la

padronanza di ogni persona nel proprio ambiente circostante, la propria salute e le proprie attitudini a compiere scelte adatte per il proprio benessere.

Il processo educativo svolto tramite diverse attività come ad esempio questionari, dépliant e poster, interviste, vuole dunque portare ad avere un obiettivo finale di risolvere il problema e compiere scelte salutari. Tutto questo si basa su una adeguata comunicazione che deve essere svolta in modo persuasivo, ma generando fiducia e utilizzando molto spesso il linguaggio non verbale assieme a quello verbale.

Dunque è possibile dire che è essenziale sensibilizzare i cittadini a mantenere un corretto e salutare stile di vita aumentando i canali di informazione ed istruzione che sono associati all'educazione alla salute.

Bibliografia

- Aronson E, Tavis C. *The role of cognitive dissonance in the pandemic. The Atlantic.com*, 2020.
- *Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione. ISTAT*, 2019
- *Azioni quotidiane. <https://www.azioniquotidiane.info/documenti/la-carta-di-ottawa>. 2020*
- Baccolo T.P., Gagliardi D., Marchetti M.R. *I perché di una corretta alimentazione dei lavoratori. 2010*
- Baggio G., Basili S., Lenzi A., *Medicina di genere. Una nuova sfida per la formazione del medico, Medicina e Chirurgia*, maggio 2014, 62: 2778-2782
- Batterham, M. Hawkins, P.A. Collins, R. Buchbinder, R.H. Osborne. *Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public Health* 2016
- Benini S. *L'educazione nelle rappresentazioni, nei saperi e nelle esperienze degli operatori sanitari. Studium Education | XXII - 2021*
- Bobbo N. *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente. Padova: Cleup* 2012
- Bodini C., Ardigò M. *La commissione sui determinanti sociali della salute. STAMPA. 2013*
- Bonciani M., Nardone P. Spinelli A., Andreozzi S, Giacchi M, Caroli M., Mazzearella G., Cairella G., Galeone D. *Prevenzione dell'obesità nella scuola: indicazioni a partire da evidenze della letteratura. 2015*
- Bosco N. *Perché le parole curano? Brevi spunti di riflessione sulla comunicazione sociale in ambito sanitario* 2016
- Brinkley, A. J., McDermott, H., Grenfell-Essam, R., & Munir, F. . *It's time to start changing the game: A 12-Week Workplace Team Sport Intervention study. Sports Medicine - Open. 2017*
- Briziarelli L., *I nuovi orizzonti dell'educazione sanitaria e della promozione della salute: politiche e reti per la salute. In: Briziarelli L., Pocetta G., Atti della conferenza Nazionale di Educazione e Promozione della Salute Pisa, 8-10 giugno 2000. CIPES, 2000.*

- Cadum E. *Più collaborazione nel Piano Nazionale della Prevenzione. Ambiente e salute.* 2021
- Calamo-Specchia F. *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio.* Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2011.
- Coccia G. *Diminuiscono le disuguaglianze tra stati, aumentano quelle interne in ciascun paese.* Ansa.it 2023
- Colella, D.. *Physical Literacy e stili d'insegnamento. Ri-orientare l'educazione fisica a scuola.* Formazione & Insegnamento. 2018
- Commission on Generalism. *Guiding Patients through Complexity: modern medical generalism.* London: Royal College of General Practitioners and the Health Foundation, 2011.
- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- D'Amico R, Davoli M, De Fiore L, Grilli R, Mosconi P. *La sanità tra ragione e passione. Da Alessandro Liberati, 6 lezioni per i prossimi anni.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2013
- Dans A, Ng N, Varghese C, Tai ES, Firestone R, Bonita R. *L'aumento delle malattie croniche non trasmissibili nel sud-est asiatico: è tempo di agire.* Lancetta. 2011; 377 :680–9
- De Curtis M. *Povertà infantile, priorità per la salute.* Società italiana di pediatria. 2023
- Dei Tos G.A. *Etica ed economia nell'organizzazione sanitaria.* Edizioni Messaggero Padova, 2014
- De Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al *Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents.* Bull World Health Organ 2007; 85:660-7.10.
- DeWalt DA, Callahan LF, Hawk VH, Broucksou KA, Hink A, Rudd R, et al. *Toolkit universale sulle precauzioni per l'alfabetizzazione sanitaria.* 2010
- DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Brach C, Hink A, Rudd R, et al. *Sviluppare e testare il toolkit universale sulle precauzioni per l'alfabetizzazione sanitaria.* Nurs Outlook 2011;

- *Dominici P. La società interconnessa ed il ritardo della cultura della comunicazione. 2015*
- *Dominici P. Tra Etica ed Etichetta: l'urgenza di una nuova cultura della comunicazione. 2016*
- *European Union (EU). EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 European Commission: Brussels, Belgium; 2014*
- *European Union. Codice di condotta per pratiche commerciali e di marketing responsabili nella filiera alimentare dell'UE. 2021*
- *Ficarra D., L'educazione sanitaria in Occidente. Reggio Calabria, Laruffa editore, 1987.*
- *Fiorani E. Grammatica della Comunicazione. Milano: Lupetti. 2006*
- *Freeman, G. Rusconi E M. Dorigatti. Teoria degli stakeholder, Franco Angeli, Milano, 2007*
- *Frenk J, Chen L et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010; 376: 1923–58.*
- *Gabassi P-G. Tessarolo M. (1995). Disegno e comunicazione. Milano: Franco Angeli.*
- *Gaiani S. Lo spreco alimentare domestico in Italia. 2013*
- *GBD 2017 Italy Collaborators. Italy's health performance, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Public Health 2019*
- *Gee, JP, 2015. The New Literacy Studies, Routledge Handbook of Literacy Studies. https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315717647.ch2#bodymatter2_book-part2_sec5*
- *Grande, A. J., Cieslak, F., & Silva, V. . Workplace exercise for changing health behavior related to physical activity. Work-a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation. 2016*
- *Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., Bull, F. C. . Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. The Lancet Child & Adolescent Health. 2019*

- Holtz B, Lauckner C. *Diabetes Management via Mobile Phones: A Systematic Review. Telemedicine and e-health* 18: 3-175 <https://DOI:10.1089/tmj.2011.0119>, 2012.
- INVALSIopen Sito ufficiale area prove nazionali. *Non c'è salute senza educazione.* 2021 <https://www.invalsiopen.it/educazione-alla-salute-scuola/>
- ISTAT (2017). *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2016. Statistiche Report*
- Institute for the future (IFTF), *Health and Healthcare* 2010.
- Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. *La promozione della salute a scuola e nei servizi educativi per la prima infanzia.* 2020
- Jackson S., Perkins F., Khandor E., Cordwell L., Harman S., Busasai S. (2006) *Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future challenges. Health Promotion International*, 21(S1), 75–83.
- Karlsson L, Takala E-P, Gerdle B, Larsson B. *Evaluation of pain and function after two home exercise programs in a clinical trial on women with chronic neck pain - with special emphasises on completers and responders. BMC Musculoskelet Disord.* 2014
- Laporta S., *Verso nuovi modelli di prevenzione e di rete. Ambiente e salute.* 2021
- Lemma, P., *Comunicare salute*, 2011
- Leone L., Prezza M. *Costruire e valutare i progetti nel sociale.* Franco Angeli. 2003
- Lettieri, Craparotta, De Luca, Foglia, Guardasole. *Smartphone e app nella cura della persona con diabete: revisione narrativa della letteratura.* 2021
- Licari P.F. *Narrare i gruppi. Prospettive cliniche e sociali. Comunicazione e orientamento nei servizi socio-sanitari.* 2008
- Maciocco G. *Disuguaglianze sociali nella mortalità in Italia. Salute internazionale.* 2015
- Maggi C., *Educazione alla salute: brevi cenni storici e nuovi orizzonti.* Ed. Salute 1984;
- Marchlewska M, Cichocka A, Kossowska M. *Addicted to answers: need for cognitive closure and the endorsement of conspiracy beliefs. Eur J Soc Psychol* 2018

- *Masala D. Attività lavorativa ed attività fisica: un binomio inscindibile. Igiene e Sanità Pubblica. 2017*
- *Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. 2007*
- *Mirowsky J., Ross C. E. Education, learned effectiveness and health. University of Texas at Austin, USA. 2005*
- *Monacis D., Colella D., Scarinci A. Interventi di educazione alla salute nella scuola primaria: le pause attive per la promozione dell'attività motoria. 2020*
- *Mordacci R. La medicina come pratica e l'etica della malattia. In AA.VV. Salute e salvezza, Glossa 2008*
- *Napier D et al. Culture and health. The Lancet 2014*
- *Nebbioso G., Nebbioso V., Orefice C., Petrella F., Falasconi C. Health literacy, empowerment e comunicazione nel wound care. 2018*
- *OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) (2017). Elderly Population. Demography*
- *Organizzazione Internazionale del Lavoro. Food at Workplace: Solutions for Malnutrition, Obesity, and Chronic Diseases. 2005*
- *Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Salute del bambino. 2015*
- *Organizzazione mondiale della sanità. Piano d'azione globale sykk'attività fisica 2018-2020: persone più attive per un mondo più sano. 2018*
- *Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Le disuguaglianze di salute in Italia. 2017. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/02/Osservatorio-sulla-salute_Le-disuguaglianze-di-salute_15_02_2018.pdf*
- *Oxman AD, Fretheim A, Lewin S, et al. Health communication in and out of public health emergencies: to persuade or to inform? Health Res Policy Syst 2022*
- *Paccagnella L. La sociologia della comunicazione. 2005*
- *Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G (2016) Il progetto italiano di Health Literacy: spunti dalla valutazione delle competenze di Health Literacy in Italia. Politica sanitaria. Settembre 2016*
- *Panico G., La comunicazione sociale. 2015*

- Petersen MB, Bor A, Jørgensen F, Lindholt MF. Transparent communication about negative features of COVID-19 vaccines decreases acceptance but increases trust. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2021
- Pocetta Giancarlo, *Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, vol. 58, n. 3, p. 291 luglio-settembre 2014
- Poscia A, Landi F, Collamati A (2015). *Gerontologia della sanità pubblica e invecchiamento attivo*. In Boccia S, Villari P, Ricciardi W (a cura di). "Una revisione sistematica delle questioni chiave della sanità pubblica" (pag 129-151). Springer, Svizzera
- *Quotidiano sanità.* http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=33529, 2015
- Ricciardi W., Poscia A. *Educare alla Salute e all'Assistenza. Manuale per operatori*. 2018
- Riccio M. *Quale futuro per l'educazione terapeutica?* *JAMD Vol 23/2*. 2020
- RIISG. *Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale*. 2015
- Rossana Becarelli, *cultura e salute*, 2020. <https://www.saluteinternazionale.info/2020/01/cultura-e-salute/>
- *Rural Health Information Hub. 5 Health Promotion Action Areas Every Nurse Should Know*. 2020
- Sanjiv Kumar and GS Preetha. *Health Promotion: An Effective Tool for Global Health*. *Indian J Community Med*. 2012
- Sara Rubinelli, Luca Camerini, Peter J. Schulz, *Comunicazione e salute, Apogeo*, 2010
- Sciolla, L. *La forza dei valori*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", 1, gennaio-marzo 2008.
- Seppilli, A. (2014). *Sistema salute: La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, 58(3), 272-87.
- Seppilli A., *The determinant factors of behaviour change*. In: Modolo MA., Mamon J., *A long way to health promotion through IUHPE Conference 1951-2001*. Perugia, University of Perugia - Interuniversity Experimental Center for Health Education (CESi), International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 1969, pp. 224

- Seppilli Alessandro, Maurizio Mori, Maria Antonia Modolo, Significato di una riforma, *Il pensiero scientifico Editore*, 1972 pp. 161-177
- Simonds SK. *Health education as social policy. Health Educ Monogr* 1974;
- Story, M., Nannery, M. S., & Schwartz, M. B. *Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity*. 2009 <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00548.x>
- *The community guide. Health communication and health technology*. 2023
- *The rural health information hub. Health Promotion and Disease Prevention Strategies Toolkits*. 2023
<https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/strategies/policy-systems-environmental>
- Tucker S, Farrington M, Lanningham-Foster LM, Clark MK, Dawson C, Quinn GJ, et al. *Worksite physical activity intervention for ambulatory clinic nursing staff. Workplace Health Saf*. 2016
- UNICEF. *Istruzione. Italia 2021* <https://www.unicef.it/programmi/istruzione/>
- UNICEF. *Global databases based on Multiple Indicator Cluster Surveys, Demographic and Health Surveys and other national household surveys*, 2021
- UNICEF. *Istruzione: il diritto di imparare*. 2023
- US Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Healthy People 2010*.
- Vargas-Schaffer G, Cogan J. *Impact of educational program for patients with chronic pain. Results after one year. Poster presented at: 6th Congress of the World Institute of Pain; 2012 Feb 4–6; Miami Beach, FL*.
- Villamira - Bracco - Burlando - Di Serio - Fichera - Pogliani – Roggeroni, *Comunicazione e interazione - Aspetti del comportamento interpersonale e sociale* 2002
- Volli, U.. *Il nuovo libro della comunicazione. Che cosa significa comunicare: idee, tecnologie, strumenti, modelli*. Milano: Il Saggiatore 2007
- Volterrani A. *La comunicazione sociale come motore di cambiamento culturale tra opportunità e pratiche*. 2019
- Watt-Watson J, McGillion M, Hunter J, Choiniere M, Clark AJ, Dewar A, et al. *A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities. Pain Res Manag*. 2009;14(6):439–44.

- *WeareAsocial. Digital 2019.* <https://www.slideshare.net/DataReportal/digital-2019-italia-it-january-2019-v02>.
- *Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective; in: Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001*
- *WHO (1998). Health Promotion Glossary. Ginevra. WHO/HPR/HEP/98.1*
- *WHO. South East Asia Regional Office. Regional Strategy for Health Promotion for South East Asia. 2008.*
http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_and_Publications_HE_194.pdf
- *WHO. World Health Organization. (2010). Global recommendations of physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.*
- *WHO. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020 Copenhagen: WHO; Regional Office for Europe; 2015.*
- *WHO Regional Office for Europe nel 2017 con il titolo Health literacy. The solid facts. World Health Organization 2017*
- *WHO European Regional Obesity Report 2022*
- *Zuanelli S., E. (1981). La competenza comunicativa. Precondizioni, conoscenze e regole per la comunicazione. Bollati Boringhieri*