- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

Il livello di alfabetizzazione sanitaria in una popolazione migrante e senza fissa dimora

Eurydice Costopoulos[1,2],
Giulia Russo[2],
Emanuele Longo[2]

ABSTRACT

Level of health literacy in a population of migrants and homeless people

▶ **Background.** *Health literacy is the capacity to gain access to, understand and use information in order to promote and maintain good health. Higher levels of health literacy are associated with better health outcomes both at individual and community levels.*

▶ **Methods.** *The objectives of this study were to estimate the level of health literacy of patients presenting to the outpatient clinics of the Italian Ngo Emergency in Milan and Marghera (VE), and to identify any characteristics associated with lower levels. Patients were interviewed in French, Spanish, English and Italian, in August 2023. Demographic data was collected, in addition to performing the Newest Vital Sign test in order to score participants' level of health literacy.*

▶ **Results.** *The sample (n = 75) demonstrated an important socio-economic precarity, with most participants being unemployed and undocumented. Only 5.3% of participants had an adequate level of health literacy; the majority (77.3%) had an inadequate level. No significant association was noted with any demographic or socio-economic characteristic.*

▶ **Conclusions.** *This patient population lived in severe socio-economic precarity and had extremely low levels of health literacy. Appropriate measures should be considered in order to improve these patients' healthcare navigation and use, and thereby their health outcomes.*

▶ **Key words.** *Migrants | asylum seekers | refugees | undocumented people | precarity | health literacy | medical literacy | information literacy | healthcare navigation.*

1. Faculty of Medicine, Imperial College London, South Kensington Campus, London SW7 2AZ, UK
2. Emergency Ong-Onlus, Via Santa Croce 19 20122 Milano
eurydicecostopoulos@gmail.com

RIASSUNTO

▶ **Introduzione.** L'alfabetizzazione sanitaria è la capacità di accedere a informazioni, capirle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere un buono stato di salute. Livelli di alfabetizzazione sanitaria più alti sono associati ad un migliore stato di salute, sia a livello individuale che comunitario.

▶ **Metodi.** Gli obiettivi di questo studio erano di stimare il livello di alfabetizzazione sanitaria di pazienti afferenti alla Ong italiana Emergency nei suoi ambulatori di Milano e di Marghera (VE), e d'identificare eventuali caratteristiche legate a livelli più bassi. I pazienti sono stati intervistati in francese, spagnolo, inglese e italiano, in agosto 2023. Sono stati raccolti dati demografici, ed è stato somministrato il test Newest Vital Sign per valutare il livello di alfabetizzazione sanitaria dei partecipanti.

▶ **Risultati.** Il campione (n = 75) ha dimostrato una grande precarietà socio-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

economica, con la maggior parte dei partecipanti disoccupati e non in regola con le norme di soggiorno in Italia. Solo il 5,3% dei partecipanti aveva un livello di alfabetizzazione sanitaria adeguato; la maggior parte (77,3%) aveva un livello inadeguato. Nessuna associazione significativa è stata notata con le caratteristiche socio-economiche.

▶ **Conclusioni.** Questa popolazione di pazienti viveva in una grave precarietà socioeconomica e aveva livelli di alfabetizzazione sanitaria estremamente bassi. Dovrebbero essere adottate misure appropriate per migliorare il percorso di questi pazienti nel sistema sanitario, e pertanto i loro risultati in termini di salute.

▶ **Parole chiave.** Migranti | richiedenti asilo | rifugiati | persone irregolari | precarietà | alfabetizzazione sanitaria | competenza medica | competenza informativa | navigazione del sistema sanitario.

INTRODUZIONE

Livelli più alti di alfabetizzazione sanitaria sono vantaggiosi a livello individuale e sociale.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce l'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) come la capacità delle persone di accedere a informazioni, capirle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere un buono stato di salute per loro stessi, le loro famiglie e le loro comunità[1]. Livelli più alti di alfabetizzazione sanitaria non sono soltanto vantaggiosi per le persone a livello individuale, ma anche a livello sociale, e rendono possibili la sensibilizzazione e la mobilitazione delle comunità per agire sui determinanti economici, sociali e ambientali di salute. Ne consegue quindi il miglioramento in termini di salute pubblica della collettività. Nella Dichiarazione ministeriale del 2009, il Comitato economico e sociale (CES) delle Nazioni Unite afferma che "l'alfabetizzazione sanitaria è un fattore importante per garantire risultati sanitari significativi" ed esorta a "sviluppare un piano di azione adeguato per promuovere l'alfabetizzazione sanitaria"[2]. La conoscenza e la comprensione sono strumenti potenti per la promozione della salute, il potenziamento delle persone e la riduzione delle disuguaglianze sanitarie.

Uno studio del 2019 condotto a Firenze nella popolazione residente ha evidenziato che il 64% dei partecipanti aveva un livello di alfabetizzazione sanitaria adeguato, il 25% aveva un livello possibilmente limitato, e l'11% aveva un livello molto probabilmente limitato. Il rischio di avere un livello inadeguato era collegato all'aumentare dell'età, a livelli d'istruzione più bassi, e a situazioni finanziarie peggiori. I pazienti con livelli più alti generalmente riferivano migliori condizioni di salute[3]. Un altro studio del 2016, che ha coinvolto la popolazione ricoverata in tre ospedali in Italia, ha mostrato che il 46% dei partecipanti aveva un livello adeguato, il 13% aveva un livello possibilmente limitato, e il 41% probabilmente limitato. I pazienti con livelli inadeguati avevano una probabilità elevata di non essere coinvolti nei percorsi di cura. Le persone più anziane, meno istruite o con problemi finanziari erano particolarmente a rischio di alfabetizzazione sanitaria limitata[4]. Questi studi hanno utilizzato per la valutazione il *Newest Vital Sign* (NVS)[5] un test non ancora in uso per valutare il livello di alfabetizzazione sanitaria della popolazione con background migratorio in Italia.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

Gli obiettivi di questo studio sono: ▶**1.** stimare il livello di alfabetizzazione sanitaria di un campione di pazienti afferenti ai servizi di Emergency; ▶**2.** identificare eventuali caratteristiche demografiche e socio-economiche legate ad un maggior rischio di livelli inadeguati di alfabetizzazione; ▶**3.** formulare alcune raccomandazioni per ottimizzare i servizi offerti ai pazienti e facilitare la loro partecipazione e il loro impegno nella cura della propria salute.

METODI

Contesto dello studio

La Ong Onlus italiana Emergency è un'associazione umanitaria fondata nel 1994 a Milano per fornire cure mediche gratuite e di qualità alle vittime di guerra e povertà. In Italia, dal 2006, il Programma Italia di Emergency fornisce assistenza socio-sanitaria gratuita a favore delle fasce vulnerabili ed è attualmente operativo a Brescia, Marghera, Milano, Napoli, Castel Volturno, Rosarno, Ragusa e Sassari. Infatti, per varie forme di disagio ed esclusione, per barriere burocratico-amministrative e linguistico-culturali, per scarsa conoscenza dei propri diritti e inadeguatezza normativa, molte persone non hanno accesso al Servizio Sanitario Nazionale. L'obiettivo generale è quindi tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantire cure gratuite alle persone indigenti, così come sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana. L'intervento di Programma Italia include servizi di medicina generale, infermieristici e di promozione della salute, di mediazione linguistico-culturale, di orientamento socio-sanitario e di supporto psicologico. I pazienti spesso vivono in situazioni di precarietà o di vulnerabilità, sia socio-economica che sanitaria.

Disegno dello studio

È uno studio multicentrico prospettico osservazionale associato all'Ambulatorio mobile di Milano e all'Ambulatorio di Marghera.

Si tratta di uno studio multicentrico prospettico osservazionale condotto presso due dei progetti di Programma Italia, l'Ambulatorio mobile di Milano e l'Ambulatorio di Marghera, come parte di un progetto di miglioramento della qualità, condotto da Eurydice Costopoulos, studentessa del terzo anno di medicina presso l'Imperial College di Londra, nel mese di agosto 2023.

L'*Institutional Review Board* della Ong Emergency ha esaminato e approvato il disegno e le procedure dello studio. Questo progetto è stato parzialmente finanziato attraverso il *Professional Project Fund* dell'Imperial College di Londra.

Strumenti

Il NVS è uno strumento di screening sviluppato nel 2005 da Pfizer Inc. per identificare i pazienti a rischio di livello basso di alfabetizzazione sanitaria. È consigliato per l'uso in un contesto di cure primarie (*primary healthcare*). È stato utilizzato in più di 25 studi *peer reviewed* nel mondo, in una grande varietà di popolazioni in termini di età, di etnie, di gruppi socio-economici e di condizioni di salute[5]. In una revisione sistematica del 2010, è stato dimostrato che il NVS identifica con precisione accettabile i

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

pazienti con un'alfabetizzazione sanitaria limitata[6]. Inizialmente sviluppato in inglese e spagnolo, il NVS è stato validato in italiano nel 2015[7] e in francese nel 2018 da una squadra di ricercatori canadesi[8]. Il NVS utilizza l'etichetta nutrizionale di un recipiente di gelato, che i pazienti hanno a disposizione durante un colloquio, nel corso del quale devono rispondere a sei domande. Le domande riguardano calcoli sui valori nutrizionali del gelato, e la comprensione degli ingredienti nel contesto delle allergie. Il test viene effettuato in forma orale e dura tre minuti in media. Il numero di risposte corrette contribuisce a un punteggio da 0 a 6, che viene utilizzato per valutare il livello di alfabetizzazione del paziente: un punteggio di 0-1 suggerisce un'elevata probabilità di alfabetizzazione limitata; un punteggio di 2-3 indica la possibilità di un'alfabetizzazione limitata; un punteggio di 4-6 indica un'alfabetizzazione molto probabilmente adeguata.

Il NVS identifica con sufficiente precisione i pazienti con alfabetizzazione sanitaria limitata.

Raccolta dei dati

Sono stati valutati per l'inclusione nello studio i pazienti che hanno effettuato un accesso all'ambulatorio di Emergency nel periodo di arruolamento. I criteri di inclusione ed esclusione sono riassunti nella tabella I. Ai partecipanti allo studio, dopo aver spiegato le finalità e le modalità dello studio e raccolta la firma del consenso informato, è stato somministrato un questionario per la raccolta dei dati demografici, socio-economici e relativi alla condizione di salute percepita. Le informazioni raccolte erano il sesso, l'età, il Paese di origine, la lingua materna e qualsiasi altra lingua parlata, il tempo vissuto in Italia e in Europa, il livello d'istruzione, la situazione legale in Italia e la situazione lavorativa (tabella A dell'appendice). Il questionario è stato somministrato in forma orale a opera di una intervistatrice, nella lingua scelta dal partecipante tra italiano, inglese, spagnolo e francese. Questa intervista è durata circa cinque minuti; ad essa ha fatto seguito la somministrazione del test NVS nella lingua di preferenza.

Analisi dei dati

I dati sono stati categorizzati ed elaborati con metodiche di statistica descrittiva usando frequenze e percentuali per le variabili categoriche e medie e intervalli per le variabili continue. Il test di Fisher è stato eseguito per verificare l'associazione tra le diverse variabili considerate e l'associazione è stata considerata statisticamente significativa per valori p-value <0,05.

RISULTATI

Sono stati arruolati 75 pazienti (figura 1).

In tabella II sono riassunte le caratteristiche demografiche della popolazione. I maschi e le femmine erano rappresentati in proporzioni uguali ed erano rappresentate tutte le età. La maggior parte dei partecipanti parlava italiano, ma meno della metà parlava inglese. In media i partecipanti vivevano in Italia o in Europa da pochi anni. La maggior parte dei partecipanti era africana o latino-americana. Pochi pazienti asiatici hanno potuto partecipare, principalmente a causa della barriera linguistica.

Africani e latino-americani hanno rappresentato la maggioranza dei partecipanti.

Con l'eccezione di un partecipante, tutti avevano almeno un livello d'istruzione di base e oltre un quarto (27%) aveva fatto studi superiori.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

I partecipanti più anziani o che avevano vissuto in Italia da più tempo parlavano più italiano, rispetto ai partecipanti più giovani o che vivevano in Italia da meno tempo (tabella III).

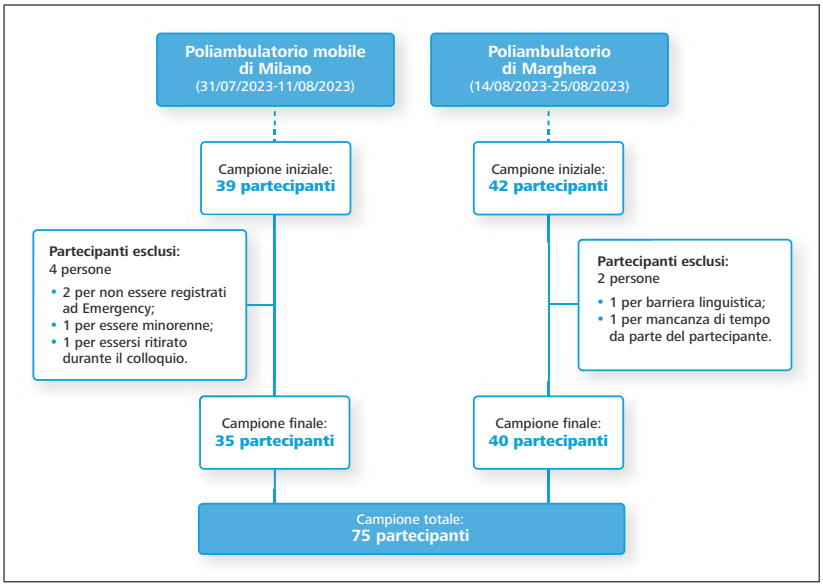
La maggior parte dei partecipanti non era in regola con le norme di soggiorno in Italia (tabella IV). Solo tre persone erano cittadini italiani. La maggior parte dei partecipanti africani e latino-americani non era in regola, mentre il 75% dei partecipanti provenienti dall'Europa presentava uno status amministrativo regolare. I più giovani (≤ 30 anni) e quelli che avevano vissuto in Italia o in Europa da meno tempo (≤ 2 anni) erano più frequentemente non in regola con le norme di soggiorno in Italia.

La metà dei partecipanti era disoccupata, e un quarto lavorava senza contratto (tabella V). Solo un quarto lavorava con un contratto. I più giovani (≤ 30 anni) erano più frequentemente disoccupati, così come quelli che non parlavano italiano e le persone che vivevano in Italia o in Europa da

Tabella I. Criteri d'inclusione e d'esclusione per i partecipanti.

Criteri d'inclusione	Criteri d'esclusione
• Età ≥ 18 anni • Essere registrati nel database di Emergency • Parlare una delle quattro lingue del test (italiano, inglese, spagnolo, francese) a un livello sufficiente • Saper leggere in questa lingua	• Avere un deterioramento cognitivo • Avere delle difficoltà di comunicazione (per esempio: problemi visivi o uditivi che avrebbero avuto un impatto sull'esecuzione del test; problemi per comunicare le risposte) • Negare il consenso all'esecuzione del test

Figura 1. Processo di selezione del campione.



- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

Tabella II. Informazioni demografiche generali.

	n (%)		
Totale	**75 (100)**		
Femmine	37 (49)		
Maschi	38 (51)		
Parlano italiano	50 (67)		
Parlano inglese	34 (45)		
	Media	**Limite inferiore**	**Limite superiore**
Età	40 anni	18 anni	73 anni
Tempo trascorso in Italia (esclusi gli italiani)	8 anni	1 settimana	43 anni
Tempo trascorso in Europa (esclusi gli europei)	7 anni	1 settimana	44 anni

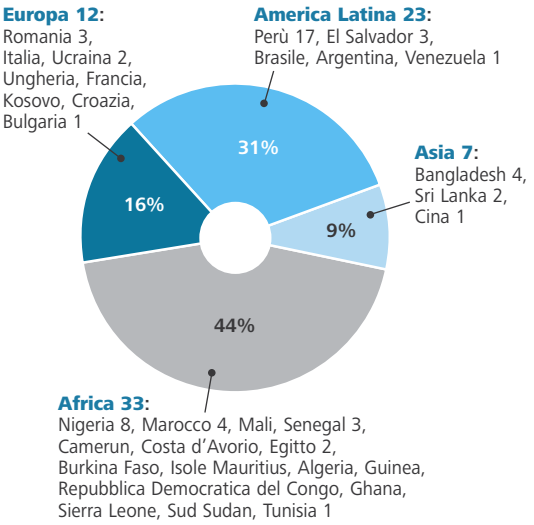


Tabella III. Conoscenza dell'italiano, per fascia d'età e per tempo vissuto in Italia.

		Parlano italiano n (%)	Non parlano italiano n (%)
Fascia d'età (p = 0,006)	≤ 30 anni (n = 23)	9 (39)	14 (61)
	31-40 anni (n = 17)	13 (76)	4 (24)
	41-50 anni (n = 17)	12 (71)	5 (29)
	≥ 51 anni (n = 18)	16 (89)	2 (11)
Per tempo vissuto in Italia (p < 0,0001)	< 1 anno (n = 23)	3 (13)	20 (87)
	1-2 anni (n = 15)	12 (80)	3 (20)
	3-10 anni (n = 13)	11 (85)	2 (15)
	> 10 anni (n = 24)	24 (100)	—

meno di un anno. Le persone in situazione d'irregolarità erano per lo più disoccupati o lavoravano in nero.

Solamente un terzo dei partecipanti (33%) ha potuto fare il test nella propria lingua materna. Per la maggior parte di loro, è stato fatto in una lingua diversa. Il 77% (n = 58) dei partecipanti è risultato essere ad alta probabilità di avere un livello inadeguato di alfabetizzazione sanitaria, mentre per il 17% (n = 13) era possibile che l'alfabetizzazione sanitaria fosse limitata, e solo per il 5% (n = 4) il livello era molto probabilmente adeguato (figura 2).

La distribuzione dei risultati del test NVS evidenzia una tendenza a livelli di alfabetizzazione sanitaria lievemente migliori nelle donne, sebbene comunque non adeguata nel 92% della popolazione e non statisticamente significativa diversa rispetto agli uomini. Analogamente, il rischio di alfabetizzazione sanitaria inadeguata sembra maggiore nei soggetti più anziani

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

Tabella IV. Status amministrativo, per fascia d'età e per continente di origine.

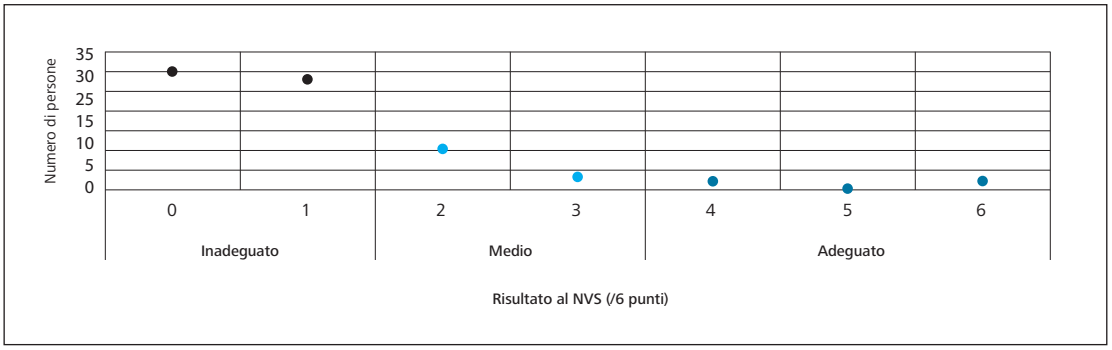
		Extra-comunitario non in regola n (%)	Extra-comunitario regolare n (%)	Comunitario non in regola n (%)	Comunitario regolare n (%)	Cittadino italiano n (%)
		40 (54)	25 (33)	3 (4)	4 (5)	3 (4)
Fascia d'età (p = 0,041)	≤ 30 anni (n = 23)	16 (70)	4 (17)	—	3 (13)	—
	31-40 anni (n = 17)	9 (53)	8 (47)	—	—	—
	41-50 anni (n = 17)	8 (47)	7 (41)	1 (6)	1 (6)	—
	≥ 51 anni (n = 18)	7 (39)	6 (33)	2 (11)	—	3 (17)
Continente di origine (p < 0,0001)	Africa (n = 33)	22 (67)	11 (33)	—	—	—
	Asia (n = 7)	3 (43)	4 (57)	—	—	—
	America latina (n = 23)	15 (65)	7 (30)	—	—	1 (4)
	Europa (n = 12)	—	3 (25)	3 (25)	4 (33)	2 (17)

Tabella V. Situazione lavorativa, per fascia d'età, per conoscenza dell'italiano, per status amministrativo e per tempo trascorso in Italia ed in Europa.

		Disoccupati n (%)	Lavoro in nero n (%)	Contratto determinato n (%)	Contratto indeterminato n (%)
		36 (48)	19 (25)	10 (14)	10 (13)
Fascia d'età (p = 0,014)	≤ 30 anni (n = 23)	16 (70)	1 (4)	4 (17)	2 (9)
	31-40 anni (n = 17)	4 (24)	6 (35)	2 (12)	5 (29)
	41-50 anni (n = 17)	8 (47)	4 (24)	2 (12)	3 (18)
	≥ 51 anni (n = 18)	8 (44)	8 (44)	2 (11)	—
Conoscenza dell'italiano (p = 0,001)	Parlano italiano (n = 50)	16 (32)	18 (36)	8 (16)	8 (16)
	Non parlano italiano (n = 25)	20 (80)	1 (4)	2 (8)	2 (8)
Status amministrativo (p = 0,000)	Regolari (n = 32)	11 (34)	2 (6)	10 (31)	9 (28)
	Irregolari (n = 43)	25 (58)	17 (40)	—	1 (2)
Tempo trascorso in Italia (p = 0,002)	< 1 anno (n = 23)	19 (83)	2 (9)	—	2 (9)
	1-2 anni (n = 15)	6 (40)	6 (40)	2 (13)	1 (7)
	3-10 anni (n = 13)	2 (15)	3 (23)	4 (31)	4 (31)
	> 10 anni (n = 24)	9 (38)	8 (33)	4 (17)	3 (1)
Tempo trascorso in Europa (p = 0,000)	< 1 anno (n = 20)	17 (85)	2 (10)	—	1 (5)
	1-2 anni (n = 14)	8 (57)	5 (36)	1 (7)	—
	3-10 anni (n = 12)	1 (8)	3 (25)	4 (33)	4 (33)
	> 10 anni (n = 29)	10 (34)	9 (31)	5 (17)	5 (17)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

Figura 2. **Ripartizione dei risultati al NVS (n = 75; p = 0,000).**



sebbene non in grado statisticamente significativo. L'esecuzione del test nella propria lingua madre migliorava leggermente il risultato, ma non in modo statisticamente significativo.

Nessuna correlazione statisticamente significativa è stata evidenziata inoltre tra il risultato al NVS e la lingua utilizzata per il test, la permanenza in Italia o in Europa, lo status amministrativo, il livello d'istruzione, la condizione lavorativa e il continente di origine dei partecipanti.

DISCUSSIONE

I risultati al NVS mostrano che solo il 5% dei partecipanti aveva un'alfabetizzazione sanitaria adeguata, e tre partecipanti su quattro erano ad alto rischio di avere un livello di alfabetizzazione sanitaria limitato. Il punteggio medio era inadeguato (1/6 del livello ottimale). Gli uomini, le persone più anziane, e le persone per cui il test non era stato somministrato nella lingua materna, avevano generalmente dei risultati peggiori, seppur in assenza di una significatività statistica. I risultati al NVS qui riportati (77% degli intervistati con livello di alfabetizzazione sanitaria inadeguato) sono considerevolmente diversi dai risultati riportati in altri studi condotti in Italia su popolazioni diverse (41% e 12%)[3,4].

Solo il 5% dei partecipanti ha un livello adeguato di alfabetizzazione sanitaria.

I pazienti che afferiscono agli ambulatori considerati hanno delle difficoltà a capire informazioni mediche (per esempio organi del corpo, indagini mediche, nomi di malattie, tipi di farmaci o consigli di salute). Ciò significa che dipendono largamente dagli altri per prendersi cura della propria salute, poiché non dispongono degli strumenti essenziali per capire e agire, anche per fronteggiare le sfide economiche, sociali e ambientali che influenzano la salute individuale e della propria comunità.

Questo studio presenta diversi limiti. Innanzitutto, la limitata numerosità campionaria non permette un'interpretazione definitiva delle associazioni tra le variabili. Inoltre, il numero limitato di lingue in cui il test era disponibile ha escluso dallo studio i pazienti che non parlavano quelle lingue (ad esempio le comunità di lingua araba o bengalese). Sono stati inoltre esclusi i pazienti che non sapevano leggere, quindi quelli con un livello di istruzione più basso. Le risposte al test NVS potrebbero essere state condizionate anche dal fatto che per la maggior parte dei pazienti la lingua del

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

colloquio e quella di somministrazione del test non era la lingua madre (quindi probabilmente neanche la lingua di istruzione). La caratterizzazione socio-demografica, così come la definizione del livello di istruzione, è stata basata sulle informazioni fornite dagli stessi partecipanti. Le condizioni in cui è stato effettuato il colloquio ed è stato somministrato il test spesso non erano ottimali in termini di tranquillità, privacy e tempo a disposizione, per ragioni logistiche legate alla contemporanea attività degli ambulatori. Infine, nella valutazione sono stati inclusi esclusivamente i pazienti e non gli accompagnatori (famigliari, amici, ecc.) che spesso sono coinvolti nella cura del paziente.

Il presente lavoro è da considerarsi come uno studio di fattibilità propedeutico a successivi percorsi di ricerca che, ampliando la numerosità campionaria, estendendo il progetto anche ad altre realtà territoriali indaghino più a fondo l'associazione tra i bisogni sanitari, la capacità di richiedere assistenza e gli outcome degli interventi sanitari ricevuti. La valutazione del livello di alfabetizzazione sanitaria potrebbe inoltre essere estesa agli accompagnatori dei pazienti e ai pazienti che non sanno leggere. I risultati sono stati comunque utili per formulare delle raccomandazioni di intervento che necessitano di validazione nella pratica.

CONCLUSIONI

Questo campione, seppur limitato nel numero e nelle caratteristiche dei partecipanti, indica la precarietà e la vulnerabilità importante economica, sociale e sanitaria di questa popolazione.

I risultati al test NVS mostrano un livello di alfabetizzazione sanitaria estremamente basso. Ciò suggerisce che la maggior parte dei pazienti che afferisce ai due ambulatori di Emergency inclusi nello studio presenta verosimilmente difficoltà a comprendere i percorsi di cura e a relazionarsi con il sistema sanitario e con gli operatori sanitari. R&P

Ringraziamenti
Un grazie a tutto il personale delle squadre di Emergency a Milano e a Marghera per il loro aiuto e la loro guida.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organisation. Ninth Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016. 2023. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhan ced-wellbeing/nin th-global-conference/health-literacy

2. UN ECOSOC. Ministerial declaration - 2009 high-level segment. 2009; Art. 41, p.6. https://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_ declaration-2009.pdf

3. Bonaccorsi G, Lastrucci V, Vettori V, Lorini C. Functional health literacy in a population-based sample in Florence: a cross-sectional study using the Newest Vital Sign. BMJ Open 2019; 9: e026356. 10.1136/bmjopen-2018-026356.

4. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M. The missing link to patient engagement in Italy: the role of health literacy in enabling patients. Journal of Health Organization and Management 2016; 30. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-01-2016-0011/ full/ html

5. Pfizer. The Newest Vital Sign | Pfizer. 2022. https://www.pfizer.com/products/medicine-safety/health-literacy/nvstoolkit

6. Powers BJ, Trinh JV, Bosworth HB. Can this patient read and understand written health information? JAMA 2010; 304: 76-84. 10.1001/jama.2010.896.

7. Capecchi L, Guazzini A, Lorini C, Santomauro F, Bonaccorsi G. The first Italian validation of the most widespread health literacy assessment tool: the Newest Vital Sign. Epidemiologia e Prevenzione 2015; 39 (4 Suppl 1): 124-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26499429/

8. Mansfield ED, Wahba R, Gillis DE, Weiss BD, L'Abbé M. Canadian adaptation of the Newest Vital Sign, a health literacy assessment tool. Public Health Nutrition 2018; 21: 2038-45. 10.1017/S1368980018000253

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

APPENDICE

RACCOMANDAZIONI

- Suggerire ai pazienti di mettere per iscritto le loro domande prima della visita.
- Proporre al paziente di venire alle visite accompagnato da una persona di fiducia (per esempio un amico o un parente).
- Avere abbastanza tempo in ogni visita per spiegare chiaramente e con calma.
- Per i pazienti che non parlano italiano o che lo parlano poco, assicurarsi che ci sia un interprete disponibile e che ci sia abbastanza tempo durante la visita per tradurre (generalmente il doppio del tempo normale).
- Le "precauzioni universali di alfabetizzazione sanitaria": presumere che tutti i pazienti abbiano delle difficoltà per capire le informazioni sanitarie e accedere ai servizi di salute, fino a prova contraria.
- Utilizzare domande aperte.
- Parlare con un linguaggio semplice ed evitare i termini tecnici.
- Concentrarsi sulle informazioni essenziali per la visita e spiegare al paziente perché sono importanti per lui.
- Discutere delle informazioni più importanti all'inizio della visita.
- Chiedere regolarmente al paziente se ha capito fino a quel punto e se ha delle domande.
- Il metodo *teach-back*: chiedere al paziente di ripetere le spiegazioni al suo interlocutore con le proprie parole per assicurarsi che abbia capito bene.
- Assicurarsi che le informazioni siano comprensibili per la cultura del paziente.
- Identificare e correggere credenze o pensieri sbagliati a proposito della salute.
- Presentare le informazioni in modo che il numero più grande corrisponda alla cosa migliore.
- Lavorare insieme con il paziente per definire gli obiettivi e prendere le decisioni.
- Consegnare materiali educativi che presentino un linguaggio semplice, che coinvolgano il lettore, che si presentino facili da leggere e che lo siano davvero.
- Utilizzare elementi visivi (pittogrammi, immagini, icone, grafici, video...) oltre alle informazioni scritte o orali.
- Stare attenti all'uso delle risorse elettroniche (internet, siti, applicazioni...) ed assicurarsi che il paziente sappia utilizzarle prima di consigliarle.
- Collegare il paziente a gruppi di sostegno locali.
- Educare gli accompagnatori (famiglia, amici, badanti, ecc.) oltre che i pazienti stessi.
- Promuovere un senso di controllo, attraverso attività o compiti che possano fare i pazienti per gestire la loro malattia.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

Tabella A. Dati e informazioni raccolti.

Informazione	Categorie o classificazione	Ulteriori informazioni
Sesso	M – Maschi	
	F – Femmine	
Età	≤ 30 anni	
	31 – 40 anni	
	41 – 50 anni	
	≥ 51 anni	
Paese di origine		Se il paziente ha più nazionalità o cittadinanze, il Paese considerato è quello di nascita.
Continente di origine	Africa	
	Asia	
	America latina	
	Europa	
Lingua materna		
Altre lingue parlate		Tutte le lingue menzionate dal partecipante sono state incluse, senza stimare il livello nella lingua.
Numero di lingue parlate		Lingua materna più il numero di lingue straniere parlate.
Conoscenza dell'italiano	Parlano italiano	I pazienti che parlavano poco italiano ma erano capaci di comunicare sono stati inclusi nella categoria "parlano italiano".
	Non parlano italiano	
Tempo trascorso in Italia	< 1 anno	I pazienti italiani sono stati inclusi nella categoria "> 10 anni".
	1 – 2 anni	
	3 – 10 anni	
	> 10 anni	
Tempo trascorso in Europa	< 1 anno	I pazienti originari di Paesi europei sono stati inclusi nella categoria "> 10 anni".
	1 – 2 anni	
	3 – 10 anni	
	> 10 anni	
Livello d'istruzione	Nessuna istruzione formale	Per correlare i sistemi d'istruzione di Paesi diversi, i partecipanti spesso dicevano il numero d'anni passati a scuola o l'età alla quale si erano fermati. Il livello segnato è un'approssimazione rispetto al sistema italiano.
	Scuola primaria	
	Scuola secondaria	
	Studi superiori	
Status amministrativo	Extra-Comunitario Non in Regola (ECNR)	Sono considerati "comunitari" i partecipanti con cittadinanze dell'Unione Europea. Sono considerati "regolari" i partecipanti che erano in regola con le norme per il soggiorno in Italia (per esempio: permesso di soggiorno, avente diritto all'asilo, rifugiato...) al momento del colloquio.
	Extra-Comunitario Regolare (ECR)	
	Comunitario Non in Regola (CNR)	
	Comunitario Regolare (CR)	
	Cittadini italiani	

→

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.175 Fri, 13 Nov 2026, 11:51:22

Tabella A. Dati e informazioni raccolti.

Informazione	Categorie o classificazione	Ulteriori informazioni
Situazione lavorativa	Disoccupati	È considerato "lavoro in nero" tutto il lavoro senza contratto. A volte la differenza tra un contratto "determinato o no" e "a tempo pieno o no" non era capita bene dai partecipanti, pertanto abbiamo raggruppato insieme tutte le persone con contratto.
	Lavoro in nero	
	Contratto determinato	
	Contratto indeterminato	
Lingua del test	Inglese	La lingua era scelta dal partecipante in modo che fosse quella che meglio parlava o leggeva, anche se non era la sua lingua madre.
	Francese	
	Italiano	
	Spagnolo	
Punteggio del test NVS	0-1 punti: inadeguato	"Inadeguato": alta probabilità d'alfabetizzazione limitata. "Medio": possibilità d'alfabetizzazione sanitaria limitata. "Adeguato": quasi sempre alfabetizzazione sanitaria adeguata.
	2-3 punti: medio	
	4-6 punto: adeguato	