



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA, SANITÀ PUBBLICA, SCIENZE DELLA
VITA E DELL'AMBIENTE

Dottorato di Ricerca in "Medicina Clinica e Sanità Pubblica"

Curriculum in Scienze Infermieristiche

XXXVIII ciclo

Titolo della tesi

"Lo studio dell'alfabetizzazione sanitaria in ambito organizzativo e l'applicazione del processo
OPHELIA in un ospedale materno-infantile: un progetto di ricerca-azione."

SSD MEDS-24/C

Dottorando

Raffaella Dobrina

Coordinatore del corso

Prof. Stefano Necozone

Supervisore

Prof. Loreto Lancia



LORETO LANCIA

Co-supervisore

Prof. Angelo Dante



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA, SANITÀ PUBBLICA, SCIENZE DELLA
VITA E DELL'AMBIENTE

Dottorato di Ricerca in "Medicina Clinica e Sanità Pubblica"

Curriculum in Scienze Infermieristiche

XXXVIII ciclo

Titolo della tesi

"Lo studio dell'alfabetizzazione sanitaria in ambito organizzativo e l'applicazione del processo
OPHELIA in un ospedale materno-infantile: un progetto di ricerca-azione."

SSD MEDS-24/C

Scienze infermieristiche generali, cliniche, pediatriche e ostetrico ginecologiche e neonatali

Dottoranda

Raffaella Dobrina

Coordinatore del corso

Prof. Stefano Necozone

Co-supervisore

Prof. Angelo Dante

Supervisore

Prof. Loreto Lancia

a.a. 2024/2025

Sommario

ABSTRACT (italiano)	4
ABSTRACT (english)	6
INTRODUZIONE	8
CAPITOLO 1. Health Literacy e Organizational Health Literacy nei servizi materno-infantili: evidenze, criticità e prospettive	10
1.1 Health Literacy come determinante di salute e di complessità assistenziale	10
1.2 Disuguaglianze comunicative, migrazione e dimensione digitale della Health Literacy	11
1.3 Organizational Health Literacy e modelli di sviluppo nei contesti materno-infantili	12
1.4 Obiettivo generale e specifici dello studio	14
CAPITOLO 2. LO STUDIO	16
2.1 Disegno di ricerca e setting	16
2.2 Fasi del processo di ricerca-azione ispirate a OPHELIA	17
2.2.1 Raccolta dati quantitativa	18
2.2.2 Raccolta dati qualitativa	21
2.3 Esiti dello studio	27
2.4 Approvazione etica	28
CAPITOLO 3. RISULTATI DELLO STUDIO	30
3.1 Risultati generali della FASE 1.	30
3.2 Risultati – HLHO-10 (Professionisti sanitari)	30
3.3 Risultati dei focus group con i mediatori culturali	32
3.3.1 Tema 1 – Comunicazione	34
3.3.2. Tema 2 – Engagement dei pazienti	36
3.3.3 Tema 3 – Orientamento nei servizi	40
3.3.4 Tema 4 – Sfide dei mediatori culturali	41
3.4 Risultati dei focus group fatti con i professionisti del pronto soccorso	43
3.5 Risultati relativi alla health literacy, ai bisogni informativi e all'esperienza dell'utenza del pronto soccorso	45
3.5.1 Dati sociodemografici e health literacy dell'utenza del pronto soccorso	45

3.5.2 I bisogni informativi dell'utenza del pronto soccorso	45
3.6 Risultati Fase 2	55
3.6.1 Azioni prioritarie identificate sulla base dei risultati HLHO-10.....	55
3.6.2 Azioni prioritarie identificate sulla base dei risultati dei focus group con i mediatori culturali	56
3.6.3 Azioni prioritarie identificate sulla base dei risultati delle interviste a professionisti e utenza del pronto soccorso.....	57
3.6.4 Definizione delle azioni in base alle priorità del semaforo.....	61
3.6.5 Azioni prioritarie identificate sulla base di raccolte dati precedenti OLAPH	63
3.7 Risultati Fase 3	63
3.7.1 Azioni implementate	63
<i>CAPITOLO 4. DISCUSSIONE</i>	<i>66</i>
<i>Limiti dello studio.....</i>	<i>68</i>
<i>CAPITOLO 5. CONCLUSIONI</i>	<i>69</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>70</i>
<i>Appendice 1. Questionario HLHO-10 per professionisti</i>	<i>77</i>
<i>Appendice 2. Guida all'intervista per caregiver e raccolta dati sociodemografica</i>	<i>80</i>
<i>Appendice 3. Guida all'intervista per minori e raccolta dati sociodemografica</i>	<i>86</i>
<i>Appendice 4. Guida ai focus group per professionisti.....</i>	<i>92</i>
<i>Appendice 5. Locandina del congresso.....</i>	<i>93</i>

ABSTRACT (italiano)

INTRODUZIONE Una limitata alfabetizzazione sanitaria organizzativa (OHL) può ostacolare l'accesso equo ai servizi sanitari, in particolare nei contesti di salute materno-infantile, dove le famiglie spesso affrontano ambienti complessi e ad alto stress. Nonostante l'importanza dell'OHL sia ampiamente riconosciuta, strategie strutturate e sistemiche restano scarse nei sistemi sanitari europei. Questo studio descrive un'implementazione adattata del processo Ophelia (Optimising Health Literacy and Access) per valutare e potenziare l'OHL in un ospedale materno-infantile in Italia.

OBIETTIVI Migliorare l'alfabetizzazione sanitaria organizzativa in un ospedale materno-infantile, identificando bisogni informativi di utenti e professionisti e co-progettando interventi per rendere i servizi più accessibili.

MATERIALI e METODI L'approccio adottato è quello di quadro di ricerca-azione partecipativa e si articola in 3 fasi. Coinvolge caregiver, giovani pazienti e professionisti sanitari. Le valutazioni (fase 1) quantitative sono state fatte usando strumenti validati: HLS-EU-Q16 e IT-eHEALS per gli adulti, HLSAC-I IT per gli adolescenti e HLHO-10 per i professionisti sanitari. I dati qualitativi sono stati raccolti tramite interviste e focus group per esplorare i bisogni informativi degli utenti. Gli outcome dello studio sono le azioni intraprese.

RISULTATI Hanno completato il questionario HLHO-10 183 professionisti. I risultati hanno evidenziato punti di forza nella comunicazione personalizzata ma criticità nella formazione del personale su health literacy e nella comunicazione dei pagamenti/co-pagamenti ($p < 0.001$ tra gruppi). Quarantasei caregiver e 35 bambini hanno compilato i questionari: il 43% dei caregiver ha mostrato HL inadeguata o problematica, mentre l'82% degli adolescenti ha HL moderata. Il punteggio medio di eHealth literacy nei caregiver è risultato 25,1 (DS 9,2). Ottanta interviste con genitori e minori hanno identificato bisogni informativi insoddisfatti su terminologia clinica, comunicazioni scritte e orientamento in ospedale. I dati sono stati sintetizzati in vignette narrative, che hanno guidato i primi workshop di co-design degli interventi. con team interdisciplinari. Le azioni di intervento sono state definite come prioritarie, pianificate e verranno implementate localmente, con un coinvolgimento continuo degli stakeholder. I workshop di co-progettazione (fase 2) hanno portato alla definizione di interventi prioritari: semplificazione dei consensi informati, produzione di illustrazioni anatomiche, video sulla diluizione corretta dei farmaci e

miglioramento delle informazioni di triage. È avviata la fase 3 con formazione sul campo ed un convegno sulla HL; l'utilizzo di strumenti come il PEMAT per migliorare i materiali informativi. Sono in corso le prime implementazioni locali con nove macro azioni realizzate.

CONCLUSIONI Le prime implementazioni mostrano la fattibilità dell'approccio Ophelia e il suo potenziale nel migliorare la comunicazione, l'orientamento ai servizi e la responsività organizzativa, contribuendo a ridurre le disuguaglianze di salute.

ABSTRACT (english)

INTRODUCTION Limited organizational health literacy (OHL) can hinder equitable access to healthcare services, particularly in maternal and child health settings, where families often navigate complex and high-stress environments. Although the importance of OHL is widely acknowledged, structured and systemic strategies remain scarce across European healthcare systems. This study describes an adapted implementation of the Ophelia (Optimising Health Literacy and Access) process to assess and strengthen OHL in a maternal and child health hospital in Italy.

OBJECTIVES To improve OHL in a maternal and child health hospital by identifying the information needs of service users and healthcare professionals and co-designing interventions to enhance service accessibility.

MATERIALS AND METHODS A participatory action-research framework was adopted and implemented across three phases, involving caregivers, adolescent patients, and healthcare professionals. Quantitative assessments (Phase 1) were conducted using validated instruments: HLS-EU-Q16 and IT-eHEALS for adults, HLSAC-I IT for adolescents, and HLHO-10 for healthcare professionals. Qualitative data were collected through interviews and focus groups to explore users' information needs. Study outcomes consist of the actions implemented.

RESULTS A total of 183 healthcare professionals completed the HLHO-10 questionnaire. Results highlighted strengths in personalized communication, alongside critical gaps in staff training on health literacy and in communication regarding payments and co-payments ($p < 0.001$ between groups). Questionnaires were completed by 46 caregivers and 35 children: 43% of caregivers demonstrated inadequate or problematic health literacy, while 82% of adolescents showed moderate health literacy. The mean eHealth literacy score among caregivers was 25.1 (SD 9.2). Eighty interviews with parents and minors identified unmet information needs related to clinical terminology, written communication, and hospital navigation. These data were synthesized into narrative vignettes that informed initial interdisciplinary co-design workshops. Intervention actions were prioritized, planned, and are being locally implemented with ongoing stakeholder engagement.

Co-design workshops (Phase 2) led to the identification of priority interventions, including simplification of informed consent forms, development of anatomical illustrations, videos on

correct medication dilution, and improvements in triage information. Phase 3 is underway and includes field-based training, a health literacy conference, and the use of tools such as PEMAT to improve informational materials. Initial local implementations have begun, with nine macro-actions already completed.

CONCLUSIONS Early implementations demonstrate the feasibility of the Ophelia approach and its potential to improve communication, service navigation, and organizational responsiveness, thereby contributing to the reduction of health inequalities.

KEY WORDS: health literacy; organizational health literacy; organizational change; action research.

INTRODUZIONE

Negli anni precedenti l'avvio del presente progetto, la mia attività come infermiera di ricerca presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste si è incentrata sullo sviluppo di strumenti informativi destinati ai pazienti e ai caregiver, con particolare attenzione alla costruzione di una app dedicata alla salute materno-infantile in ambito chirurgico. La raccolta dei contenuti, la loro adattabilità ai bisogni dell'utenza e la necessità di rendere le informazioni realmente comprensibili hanno messo in evidenza, fin da subito, un elemento cruciale: la grande variabilità nelle capacità delle persone di comprendere, utilizzare e valutare le informazioni sanitarie. Questo lavoro preliminare ha rappresentato un punto di svolta, facendo emergere la rilevanza di un approccio sistematico all'alfabetizzazione sanitaria, non solo come caratteristica individuale ma come responsabilità dell'organizzazione.

Nel corso delle attività di progettazione, infatti, è apparso chiaro che difficoltà informative, incomprensioni linguistiche o culturali, aspettative discordanti e livelli diversi di familiarità con il linguaggio sanitario influenzano profondamente l'esperienza di cura. Parallelamente, è emersa anche la complessità che i professionisti incontrano nella comunicazione quotidiana con pazienti e famiglie, soprattutto in situazioni ad alta intensità emotiva, come quelle tipiche dei percorsi materno-infantili. Queste osservazioni hanno ampliato il mio interesse verso una prospettiva più strutturale, orientata all'*Organizational Health Literacy*, ovvero alla capacità dell'organizzazione di rendere i propri servizi realmente accessibili, comprensibili e navigabili per tutte le persone, indipendentemente dal loro livello di alfabetizzazione sanitaria.

L'approfondimento della letteratura ha mostrato come il concetto di OHL rappresenti un ambito emergente ma ancora poco sviluppato nei contesti materno-infantili italiani, nonostante la sua potenzialità nel ridurre disuguaglianze, migliorare la sicurezza delle cure e facilitare la partecipazione dei pazienti. In questa cornice, il processo *Optimising Health Literacy and Access* originariamente sviluppato in contesti australiani e che ho avuto modo di approfondire, è un approccio che si è rivelato appropriato per costruire un progetto di miglioramento centrato sui bisogni informativi reali, emersi in modo partecipato da utenti e professionisti. Da queste premesse è nato il progetto OLAPH, con l'obiettivo di valutare il livello di health literacy individuale e organizzativa all'interno dell'ospedale dove lavoro e avviare un percorso di cambiamento basato su evidenze, partecipazione e co-progettazione. L'intento non era solo quello

di mappare i bisogni informativi, ma soprattutto di trasformarli in azioni concrete, integrate nei processi assistenziali e orientate a una maggiore equità, accessibilità e comprensibilità dei servizi.

CAPITOLO 1. Health Literacy e Organizational Health Literacy nei servizi materno-infantili: evidenze, criticità e prospettive

1.1 Health Literacy come determinante di salute e di complessità assistenziale

Un'efficace comunicazione ed il coinvolgimento attivo di pazienti e caregiver nei processi decisionali e nella pianificazione delle cure ed assistenza rappresentano pilastri fondamentali dell'assistenza centrata sulla persona e sulla famiglia. Queste pratiche si associano a migliori esiti di salute e ad una maggiore soddisfazione sia per gli utenti sia per i professionisti sanitari (Bombard et al., 2018). Tuttavia, nonostante la loro importanza sia ampiamente riconosciuta, garantire un'informazione ed un'educazione sanitaria completa ed equa nei contesti ospedalieri, adulti e pediatrici, rimane un obiettivo ancora difficile da raggiungere (Sørensen et al., 2015; Aaronson et al., 2018; Bremer et al., 2021). Uno dei principali ostacoli è costituito dai bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria, dall'inglese *health literacy* (HL), riscontrati in una parte significativa della popolazione. La HL si riferisce alla capacità degli individui di "accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e mantenere una buona salute" per sé stessi, la propria famiglia e la comunità di appartenenza (Sørensen et al., 2012).

Si stima che circa il 47% dei cittadini europei presenti una HL limitata, condizione associata a minore aderenza ai trattamenti e ad una ridotta partecipazione ai processi di autogestione della salute (Sørensen et al., 2015). Studi recenti hanno inoltre evidenziato che bassi livelli di HL si correlano ad un numero maggiore di diagnosi infermieristiche, una maggiore intensità assistenziale e un aumento del rischio clinico, suggerendo che il livello di HL possa rappresentare un indicatore della complessità assistenziale (Cocchieri et al., 2024). Di fatto, la HL è considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un determinante essenziale della salute, derivante dall'interazione di fattori sia personali che contestuali (WHO, 2017). Tra i fattori personali si annoverano età, livello di istruzione e competenze cognitive, mentre tra i fattori ambientali giocano un ruolo determinante le condizioni socioeconomiche, la provenienza migratoria e le barriere linguistiche e culturali.

1.2 Disuguaglianze comunicative, migrazione e dimensione digitale della Health Literacy

Le persone migranti incontrano ostacoli specifici e multipli nell'accesso equo all'informazione sanitaria. Numerosi studi mostrano come le barriere linguistiche, la scarsa familiarità con il sistema sanitario ospitante, differenze culturali nella comprensione di malattia e cura, aspettative divergenti sui ruoli dei professionisti, e condizioni socioeconomiche più fragili contribuiscano a creare disuguaglianze comunicative e informative (Gaya-Sancho et al., 2021; Baumeister et al., 2021; González-Rábago et al., 2023). Tali barriere si intrecciano con la vulnerabilità burocratica, la difficoltà nell'orientarsi in servizi complessi e la mancanza di materiali informativi multilingue o adattati culturalmente. La letteratura evidenzia inoltre come la comunicazione con i professionisti sanitari possa essere influenzata dal modo culturalmente mediato di descrivere sintomi, dolore o emozioni, dalla percezione dei ruoli familiari nella cura o da esperienze pregresse di sfiducia verso istituzioni e sistemi sanitari (Azzolini et al., 2021; Quaglio et al., 2017). In questo quadro, i mediatori culturali giocano un ruolo cruciale, facilitando non solo la traduzione linguistica, ma anche la comprensione dei contesti culturali e delle logiche istituzionali. Tuttavia, il loro impiego è spesso non sistematico, scarsamente integrato nei percorsi assistenziali e fortemente dipendente dalla disponibilità di risorse, con il rischio di lasciare irrisolti bisogni comunicativi complessi che richiederebbero strategie più strutturate (Luiking et al., 2023). L'insieme di queste barriere rende l'origine migratoria un fattore di vulnerabilità specifico rispetto alla HL, amplificando il rischio di incomprensioni cliniche, di ridotta adesione ai trattamenti e di minore partecipazione attiva alle decisioni di cura.

Una HL limitata, indipendentemente dall'origine, rappresenta una criticità anche per i sistemi sanitari, generando un utilizzo inefficiente dei servizi, maggiori tassi di riospedalizzazione e costi assistenziali più elevati. A ciò si aggiungono la ampiamente documentata carenza di personale e la pressione sui tempi di lavoro, che spesso compromettono la qualità della comunicazione e dell'educazione del paziente, lasciando irrisolti molti bisogni informativi (Kuhlmann, 2024; Kwame & Petrucka, 2021; Yang et al., 2016). Il quadro si complica ulteriormente considerando che anche persone con HL adeguata possono trovarsi in difficoltà in situazioni di stress acuto, dolore intenso, emergenza o di fronte a nuove diagnosi (Bonaccorsi et al., 2020; WHO, 2024). A ciò si aggiunge il crescente ricorso a Internet per colmare bisogni informativi non soddisfatti: la qualità disomogenea delle fonti, i contenuti contraddittori e la diffusione della disinformazione rappresentano rischi significativi per decisioni sanitarie appropriate (Wang et al., 2019). In tale scenario, la digital HL, ossia la capacità di reperire, valutare criticamente e utilizzare informazioni

sanitarie online, assume un ruolo centrale (WHO, 2016). Di fatto, la variabilità della qualità delle fonti e la presenza di contenuti contraddittori possono confondere gli utenti, alimentare la disinformazione e rendere più difficile il processo decisionale sanitario (Wang et al., 2019). Numerosi studi dimostrano inoltre che i migranti presentano maggiori difficoltà anche in questo ambito, a causa di competenze digitali limitate, scarsa familiarità con i sistemi informativi locali, mancanza di dispositivi adeguati o connessioni stabili, e rischio più elevato di esporsi alla disinformazione online (Eurostat, 2024; Luiking et al., 2023). Questa combinazione di ostacoli digitali, linguistici e culturali rafforza ulteriormente la necessità di strategie organizzative orientate all'equità. Per tali ragioni, secondo l'OMS la promozione della HL va considerata una responsabilità collettiva, indispensabile per ridurre le disuguaglianze di salute e favorire un accesso equo ai servizi sanitari (WHO, 2017; WHO, 2024).

Il rafforzamento della HL si inserisce pienamente anche nella cornice degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, in particolare nel Goal 3 ("Salute e benessere") e nel Goal 10 ("Riduzione delle disuguaglianze"), in quanto favorisce la capacità delle persone di compiere scelte informate e di accedere ai servizi in modo equo. Ciò richiede non solo lo sviluppo delle competenze individuali, ma anche un impegno sistemico volto a creare contesti assistenziali inclusivi, accessibili e sensibili alle diversità.

1.3 Organizational Health Literacy e modelli di sviluppo nei contesti materno-infantili

Il concetto di Organizational HL (OHL), introdotto dall'Institute of Medicine (IOM) (Brach et al., 2012), fornisce un quadro teorico e operativo per integrare i principi della HL nei sistemi sanitari e promuovere l'equità. Secondo gli attributi dell'OHL definiti dallo IOM, un'organizzazione "health-literate" incorpora la HL nella propria missione, nella leadership e nei processi gestionali, allineando pianificazione, sicurezza e miglioramento della qualità assistenziale e di cura ai principi della comunicazione efficace. Inoltre, forma il personale affinché adotti strategie comunicative chiare, coinvolge le comunità nella valutazione e progettazione dei servizi e garantisce che le informazioni siano culturalmente e linguisticamente appropriate. Tali organizzazioni favoriscono la comprensione da parte del paziente, offrono sostegno nella navigazione all'interno dei servizi sanitari e percorsi assistenziali spesso complessi e pongono particolare attenzione ai momenti a rischio, come la transizione tra i servizi di cura e le istruzioni terapeutiche al momento della dimissione. Inoltre, assicurano trasparenza sui costi e sulle coperture assicurative. L'adozione

sistematica di questi principi contribuisce a migliorare il coinvolgimento dei pazienti, a ridurre le disuguaglianze e a promuovere un'assistenza più sicura e di qualità (Brach et al., 2012).

Diverse strategie basate su evidenze possono supportare le organizzazioni sanitarie nel migliorare la propria capacità di risposta alla HL, ma il cambiamento richiede processi strutturati in grado di superare le barriere interne all'accesso equo alle informazioni. Tra i modelli più efficaci rientra il processo Ophelia (Optimising Health Literacy and Access), sviluppato da Osborne et al., (2021) (2017), che propone un approccio partecipativo di co-progettazione e miglioramento continuo. Il modello si articola in tre fasi: 1) analisi dei bisogni di HL degli utenti, 2) co-progettazione degli interventi con gli stakeholder e 3) applicazione di cicli di miglioramento per perfezionare e implementare le azioni.

Un altro approccio consolidato è rappresentato dal Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework (Trezona et al., 2018), che prevede workshop riflessivi, autovalutazioni organizzative e definizione partecipata dei piani d'azione. Entrambi i modelli, Ophelia e Org-HLR, valorizzano il coinvolgimento congiunto di operatori sanitari, dirigenti e utenti, producendo risultati tangibili ed un elevato grado di soddisfazione di tutti i partecipanti (Aaby et al., 2020a; Aaby et al., 2020b; Laing et al., 2020). Altre organizzazioni si sono ispirate agli attributi dell'IOM come guida flessibile per orientare il cambiamento multilivello (Oelschlegel et al., 2018; Naccarella et al., 2019).

In una recente revisione sistematica della letteratura (Pellizzari et al., 2025), che aveva l'obiettivo di identificare definizioni operative, strumenti disponibili e le principali barriere e fattori facilitanti nei processi di sviluppo dell'OHL, emergono alcuni elementi ricorrenti nei processi di sviluppo dell'OHL a livello internazionale. Gli interventi descritti riguardano soprattutto attività formative per i professionisti, la revisione dei materiali informativi, l'introduzione di percorsi comunicativi più standardizzati e l'utilizzo di strumenti di autovalutazione per orientare il miglioramento organizzativo. La revisione identifica inoltre barriere comuni, quali la scarsa consapevolezza del tema da parte dei professionisti, la limitata disponibilità di risorse e l'assenza di leadership dedicate, che ostacolano l'integrazione sistemica dell'OHL nelle pratiche cliniche. Tra i principali facilitatori vengono invece evidenziati il sostegno istituzionale, l'impegno delle direzioni sanitarie, la presenza di gruppi di lavoro interdisciplinari e l'utilizzo di strumenti di valutazione condivisi, che favoriscono un approccio più maturo e strutturato all'OHL. Nel complesso, il quadro delineato sostiene l'importanza di strategie multilivello e partecipative, in linea con gli approcci OPHELIA e Org-HLR.

Di fatto emerge dalla letteratura quanto la ricerca sull'OHL nei contesti specificatamente materno-infantili rimanga ancora limitata (Pellizzari et al., 2025). Le evidenze disponibili però mettono in luce strategie promettenti per affrontare barriere strutturali e comunicative che incidono sulla qualità delle cure a madri, bambini e famiglie intere. Negli Stati Uniti, ad esempio, interventi mirati all'adattamento dei materiali di dimissione al livello di HL dei caregiver e alla co-progettazione con il personale sanitario hanno migliorato la comunicazione e la sicurezza terapeutica (Unaka et al., 2017; Carroll et al., 2024). In Danimarca, l'intervento MAMA ACT ha mostrato come la formazione interculturale delle ostetriche possa aumentare la capacità delle donne, in particolare di origine straniera, di riconoscere i segnali di allarme in gravidanza, pur persistendo ostacoli strutturali che ne limitano l'efficacia (Damsted Rasmussen et al., 2023).

Anche nel contesto della chirurgia pediatrica, la co-progettazione di materiali informativi con caregiver, bambini e professionisti si è dimostrata utile per garantire una comunicazione adeguata all'età, accessibile e rispondente ai bisogni delle famiglie, sia in forma diretta che digitale, come nelle app mobili (Dobrina et al., 2023). Tale attenzione al design inclusivo riflette l'importanza crescente della comunicazione digitale in ambito sanitario, oggi parte integrante dell'assistenza sia ospedaliera che territoriale.

Nei contesti più complessi, come la terapia intensiva neonatale o i programmi di follow-up, l'OHL emerge come fattore modificabile in grado di migliorare il coordinamento assistenziale, l'accesso ai servizi e l'equità negli esiti (Rosenfeld et al., 2023).

Tuttavia, la maggior parte delle iniziative resta frammentata, evidenziando la necessità di strategie sistemiche che integrino l'OHL nella pratica quotidiana dell'assistenza materno-infantile.

Come sottolineato dall'OMS (2019) e dal Consiglio d'Europa (2023), la maggior parte dei sistemi sanitari europei non dispone ancora di strategie strutturate per incorporare la HL nelle pratiche organizzative, ostacolando così un accesso equo e coerente ai servizi, soprattutto per le popolazioni vulnerabili (Quaglio et al., 2017).

Il presente studio nasce proprio per rispondere a tale esigenza, con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo dell'OHL in un ospedale materno-infantile italiano, attraverso un approccio partecipativo che integri le prospettive di madri, padri, caregiver e professionisti sanitari, per orientare interventi equi, sostenibili e costruiti sui bisogni reali delle famiglie.

1.4 Obiettivo generale e specifici dello studio

L'obiettivo principale dello studio è valutare il grado di implementazione degli attributi di OHL all'interno di un ospedale materno-infantile.

Gli obiettivi secondari comprendono:

1. esplorare l'accessibilità e l'usabilità delle informazioni da parte degli utenti di un ospedale materno-infantile;
2. analizzare i particolari bisogni informativi di donne, pazienti pediatrici e caregiver in relazione alle loro condizioni di salute, alle opzioni terapeutiche, alle strategie di autogestione della salute e all'orientamento nei servizi sanitari;
3. valutare i livelli di HL e di e-HL degli utenti ospedalieri, al fine di individuare aree di potenziale miglioramento e sviluppare interventi mirati;
4. indagare la percezione dei professionisti sanitari rispetto ai bisogni informativi di pazienti e caregiver;
5. identificare azioni appropriate per rispondere ai bisogni informativi emersi, migliorando la capacità organizzativa di risposta alla HL;
6. gettare le basi per una strategia di miglioramento continuo sostenibile, che consenta l'integrazione a lungo termine dei principi dell'OHL nelle politiche, nelle strutture e nei processi di sviluppo professionale dell'istituto.

CAPITOLO 2. LO STUDIO

2.1 Disegno di ricerca e setting

Lo studio adotta un disegno di ricerca-azione partecipativa a metodi misti e multifase, ispirato al processo OPHELIA (Osborne et al., 2021). Le attività di ricerca sono state condotte in un ospedale materno-infantile italiano con una capacità di 136 posti letto. Il progetto è stato avviato nel dicembre 2023 ed è attualmente in corso (dicembre 2025).

La ricerca-azione partecipativa (dall'inglese Participatory Action Research - PAR), in particolare, rappresenta un approccio di ricerca orientato al cambiamento sociale e organizzativo, che integra produzione di conoscenza e azione trasformativa attraverso la partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nel contesto studiato (Vaughn et al., 2020). A differenza dei disegni di ricerca tradizionali, la PAR si fonda su una collaborazione continua tra ricercatori e membri del sistema (professionisti, utenti e stakeholder), coinvolti nelle diverse fasi del processo di ricerca, dalla definizione dei problemi all'interpretazione dei risultati e alla progettazione delle azioni di miglioramento. Un elemento distintivo è l'adozione di cicli iterativi di azione e riflessione, in cui i dati raccolti informano decisioni operative e guidano cambiamenti concreti, adattati al contesto e ai bisogni emergenti. In questa prospettiva, gli esiti della ricerca non si limitano a risultati osservativi, ma includono le azioni di cambiamento co-progettate e avviate, parte integrante del processo di conoscenza e trasformazione organizzativa (Vaughn et al., 2020). La prima fase prevede una valutazione osservazionale trasversale dei livelli di HL, e-HL e OHL, integrata da una raccolta di dati qualitativi. Le fasi successive sono dedicate alla co-interpretazione dei risultati, alla co-progettazione e all'implementazione di azioni di miglioramento organizzativo.

In questo studio, l'approccio di ricerca-azione partecipativa costituisce la cornice metodologica generale, mentre il processo OPHELIA ne rappresenta il riferimento operativo per la strutturazione delle fasi di analisi, co-interpretazione e co-progettazione degli interventi. In particolare, il processo OPHELIA, come descritto da Beauchamp et al. (2017), dall'OMS (WHO, 2022) e dall'Ophelia Manual (Osborne et al., 2021) rappresenta una metodologia comprensiva ed evidence-based che integra dimensioni individuali, familiari, comunitarie, organizzative e di sviluppo, con l'obiettivo di individuare barriere e facilitatori della HL e tradurli in interventi sostenibili e orientati all'equità. Il modello si fonda su tre pilastri fondamentali: un approccio

strengths-based, che valorizza competenze e risorse già presenti nella popolazione e nell'organizzazione; un approccio needs-driven, che genera interventi partendo dai bisogni informativi reali e specifici identificati localmente; e un forte orientamento al co-design partecipativo, in cui utenti, caregiver, professionisti e stakeholder organizzativi collaborano alla definizione di soluzioni attuabili e contestualizzate (Beauchamp et al., 2017; Osborne et al., 2021; WHO, 2022).

L'utilizzo del processo OPHELIA risulta particolarmente rilevante in un ospedale materno-infantile, dove i processi di cura coinvolgono pazienti in condizioni di fragilità emotiva e con necessità informative eterogenee, spesso legate a situazioni acute, alla gestione di neonati o bambini piccoli, o alla complessità dei percorsi perinatali. Questo metodo consente di far emergere bisogni informativi difficili da rilevare con i soli strumenti quantitativi, come le difficoltà a comprendere le istruzioni terapeutiche, la navigazione dei servizi, gli aspetti culturali e linguistici, o il ruolo dei caregiver nel processo decisionale. Inoltre, l'approccio partecipativo del modello favorisce il coinvolgimento attivo dei professionisti nella definizione delle azioni di miglioramento, rafforzando la consapevolezza organizzativa e la responsabilità condivisa verso la HL. In questo modo, OPHELIA si dimostra un approccio capace di integrare in maniera sistemica equità, esperienza del paziente e qualità dell'assistenza, contribuendo allo sviluppo dell'OHL come componente strategica nelle cure materno-infantili.

2.2 Fasi del processo di ricerca-azione ispirate a OPHELIA.

Il processo OPHELIA si articola in tre fasi sequenziali: 1) una fase iniziale di valutazione dei bisogni e delle vulnerabilità in HL; 2) una fase di co-interpretazione dei risultati e co-progettazione degli interventi, e 3) una fase finale di implementazione e integrazione delle azioni di miglioramento nel contesto organizzativo.

Le fasi del progetto sono illustrate graficamente nella Figura 1. L'intero processo, informato dal contributo dei diversi stakeholder, favorisce la definizione di strategie specifiche per il contesto e sostiene l'integrazione dei principi della HL nelle pratiche organizzative, in linea con l'approccio della ricerca-azione partecipativa (Vaughn et al., 2020).

FASE 1

La prima fase del progetto comprende l'avvio delle attività (Step 1) e l'identificazione dei referenti e degli stakeholder delle unità ospedaliere coinvolte (Step 2). Lo step 3 invece comprende le

attività di raccolta dei dati, mediante (nel caso dello studio OLAPH) una combinazione di strumenti quantitativi e qualitativi rivolti sia agli utenti sia ai professionisti.

Tale fase ha l'obiettivo di valutare i livelli di HL e di OHL dell'organizzazione, esplorare i bisogni informativi degli utenti e analizzare la capacità dell'ospedale di rispondere a tali esigenze in termini di comunicazione, orientamento e supporto educativo.

Nel presente studio la raccolta dati della Fase 1 è stata adattata al contesto locale. Ad esempio, lo strumento Health Literacy Questionnaire (HLQ), previsto nel modello originale (Osborne et al., 2021), è stato sostituito da strumenti validati in italiano e comunemente impiegati nei contesti europei: l'HLS-EU-Q16 per adulti e caregiver (Lorini et al., 2019), l'HLSAC-I IT per adolescenti (Velasco et al., 2021), l'IT-eHEALS per la digital HL (Bravo et al., 2018) e l'HLHO-10 per la percezione dell'OHL da parte dei professionisti (Bonaccorsi et al., 2020). Poiché l'HLS-EU-Q16 è uno strumento unidimensionale e non consente la creazione diretta delle vignette utilizzate nel processo OPHELIA, i dati quantitativi sono stati integrati con dati qualitativi raccolti attraverso interviste semi-strutturate con pazienti e caregiver e focus group con professionisti sanitari. L'integrazione di questi dati ha permesso di generare vignette narrative che rappresentavano in modo realistico gruppi tipici di utenti con specifiche combinazioni di competenze, barriere e bisogni informativi, costituendo una base concreta per la fase di co-design.

Nei successivi paragrafi, verranno descritte in dettaglio la raccolta dati quantitativa e quella qualitativa della Fase 1, Step 3 dello studio, che hanno seguito le linee guida STROBE (von Elm et al., 2008) per la parte quantitative e le linee guida COREQ-32 (Tong et al., 2007) per la parte qualitativa.

2.2.1 Raccolta dati quantitativa

Partecipanti

I partecipanti alla fase quantitativa di raccolta dati erano i professionisti dell'ospedale. Sono stati inclusi medici, infermieri, infermieri pediatrici, ostetriche e operatori delle professioni sanitarie tecniche e della riabilitazione (ad esempio fisioterapisti, tecnici di laboratorio, logopedisti, tecnici di radiologia). Hanno inoltre partecipato figure con ruoli di front-office o di supporto ai servizi al pubblico, quali il personale degli uffici relazioni con il pubblico, qualità e gestione del rischio clinico.

I criteri di inclusione prevedevano un impiego presso la struttura da almeno sei mesi, con contratto a tempo pieno o parziale. Sono stati esclusi i dipendenti in congedo temporaneo e coloro con un'anzianità lavorativa inferiore ai sei mesi.

I professionisti sanitari sono stati invitati a partecipare tramite email istituzionale, estesa a tutto il personale eleggibile e avvalorata dal Direttore Sanitario; la partecipazione era su base volontaria. L'email conteneva un link personalizzato per l'accesso alla piattaforma Research Electronic Data Capture (REDCap, versione 14.0.17 – © 2024 Vanderbilt University) utile alla compilazione dei questionari.

In considerazione della natura esplorativa dello studio e del suo disegno di ricerca-azione partecipativa, non è stato effettuato un calcolo a priori della numerosità campionaria. L'obiettivo della raccolta dati non era la generalizzazione dei risultati, bensì la descrizione delle percezioni dei professionisti all'interno di uno specifico contesto organizzativo, al fine di supportare processi di riflessione e co-costruzione di interventi. La dimensione del campione è stata quindi determinata dalla popolazione eleggibile e dall'adesione volontaria

Strumenti di raccolta dati

La percezione della OHL da parte dei professionisti viene valutata mediante l'Health Literate Health Care Organization 10-item Questionnaire o HLHO-10, composto da 10 item basati sugli attributi dell'IOM (Brach et al., 2012). Le risposte sono fornite su una scala Likert a sette punti, da "completamente in disaccordo" a "completamente d'accordo", con un'opzione aggiuntiva "non applicabile". Lo strumento indaga il modo in cui i professionisti percepiscono il supporto dell'organizzazione alla comprensione, all'orientamento e all'utilizzo delle informazioni sanitarie da parte dei pazienti. La versione italiana mostra una buona affidabilità, con un α di Cronbach pari a 0,867 (Bonaccorsi et al., 2020). Di tutti i partecipanti sono stati inoltre raccolti dati sociodemografici e professionali quale età sesso, professione e ruolo presso l'ospedale. In Appendice 1. sono presenti i questionari somministrati.

Per valutare il livello di HL dei partecipanti alle interviste, per gli adulti è stato utilizzato l'European Health Literacy Survey Questionnaire composto da 16 item (HLS-EU-Q16) con risposta su scala Likert a quattro livelli, da "molto difficile" a "molto facile". Le risposte vengono ricodificate secondo il metodo previsto dal consorzio europeo e sommate in un punteggio totale compreso tra 0 e 16, che consente di classificare la HL in tre livelli: inadeguata (0–8), problematica (9–12) e

sufficiente (13–16). La versione italiana ha mostrato una buona consistenza interna, con un α di Cronbach pari a 0,799 (Lorini et al., 2019).

Per valutare la HL negli adolescenti è stata invece adottata la scala Health literacy for school-aged children versione italiana (HLSAC-I IT) composta da 10 item con risposta su scala Likert a quattro punti (da “Per niente vera” a “Decisamente vera”). Lo strumento indaga competenze personali, cognitive e sociali legate alla promozione della salute e produce un punteggio totale da 10 a 40, che permette di distinguere tre livelli: bassa HL (10–25), media HL (26–35) e alta HL (≥ 36). La versione italiana mostra una buona affidabilità psicometrica, con un coefficiente ω pari a 0,80 (Velasco et al., 2021; Paakkari et al., 2016).

Per valutare il livello di e-HL per i caregiver è stato poi utilizzato l’Italian eHealth Literacy Scale o IT-eHEALS, composto da 8 item con risposta su una scala Likert a cinque livelli (da “In completo disaccordo” a “Completamente d’accordo”), che esplorano la capacità di reperire informazioni sanitarie online, valutarne la qualità e utilizzarle nel processo decisionale. Il punteggio complessivo varia da 8 a 40 e valori più elevati indicano una maggiore e-HL, con punteggi pari o superiori a 26 generalmente interpretati come indicativi di competenze adeguate. La versione italiana dello strumento presenta un’eccellente consistenza interna, con un α di Cronbach pari a 0,90 (Del Giudice, 2018; Richtering et al., 2017). I caregiver hanno inoltre riportato nel questionario la frequenza con cui utilizzano Internet e i social media per la ricerca di informazioni sanitarie. La guida all’intervista per i caregiver ed i questionari relativi alla raccolta dati sociodemografica e dell’HL e eHL sono presenti in Appendice 2. In Appendice 3. Sono invece presenti la guida all’intervista ed i questionari per i minori.

Analisi dei dati quantitativi

I dati quantitativi sono stati analizzati mediante statistiche descrittive per caratterizzare le variabili socio-demografiche e professionali dei partecipanti e per descrivere le risposte agli item del questionario HLHO-10. Le variabili continue sono state sintetizzate attraverso misure di tendenza centrale e di dispersione, mentre le variabili categoriali mediante frequenze assolute e percentuali.

Considerata la natura ordinale delle scale di risposta e la distribuzione non normale dei dati, le analisi inferenziali sono state condotte utilizzando test statistici non parametrici, selezionati in funzione del numero di gruppi confrontati e dell’indipendenza o appaiamento delle osservazioni. Il livello di significatività statistica è stato fissato a $p < 0.05$.

La gestione dei dati mancanti è stata effettuata mediante esclusione dei questionari con risposte incomplete (complete case analysis). Tale scelta è stata ritenuta appropriata in considerazione del numero limitato di item dello strumento e della finalità prevalentemente descrittiva ed esplorativa delle analisi quantitative, coerentemente con l'impostazione della ricerca-azione partecipativa.

Bias e strategie di minimizzazione

Alcuni potenziali bias sono stati considerati nella progettazione dello studio. Il rischio di selection bias è stato mitigato estendendo l'invito alla partecipazione a tutta la popolazione eleggibile della struttura sanitaria. Il rischio di bias di misurazione è stato ridotto mediante l'utilizzo di strumenti standardizzati e validati. Inoltre, la modalità di autocompilazione anonima tramite piattaforma elettronica ha contribuito a limitare l'influenza della desiderabilità sociale nelle risposte.

2.2.2 Raccolta dati qualitativa

Partecipanti

Per la componente qualitativa dello studio è stato coinvolto un gruppo ampio e diversificato di utenti, comprendente bambini e adolescenti in età scolare (5–17 anni) e genitori/caregiver che hanno avuto accesso ai servizi ospedalieri nel periodo di raccolta dati (marzo–giugno). I criteri di inclusione per utenti e caregiver prevedevano l'accesso ai servizi dell'ospedale durante il periodo di studio. Sono stati esclusi soggetti con deficit visivi tali da compromettere la lettura dei questionari e, per caregiver e adolescenti, coloro privi di accesso a un telefono cellulare o a una connessione internet.

Pazienti e caregiver sono stati reclutati mediante campionamento di convenienza all'interno delle unità operative che hanno aderito allo studio, in particolare il pronto soccorso.

Interviste a pazienti e caregiver

Presso il pronto soccorso, nel periodo marzo-maggio 2025, sono state condotte interviste semi-strutturate rivolte a pazienti e caregiver in fase di dimissione, finalizzate a esplorare bisogni informativi ed educativi, difficoltà nella comprensione delle informazioni, barriere linguistiche e culturali, criticità nella navigazione dei percorsi ospedalieri e percezioni complessive della comunicazione con i professionisti durante la loro permanenza in pronto soccorso. Le interviste sono state audioregistrate. La guida utilizzata, riportata in Appendice 2, è stata sviluppata sulla base dell'Ophelia Manual (Osborne et al., 2021). Le interviste sono state condotte da

un'infermiera e da una psicologa, entrambe di sesso femminile, con formazione specifica ed esperienza nella conduzione di interviste. Durante le interviste non erano presenti terze persone oltre ai partecipanti e all'intervistatore (quando applicabile, nelle interviste diadiche caregiver-minore). Le interviste sono state condotte fino al raggiungimento della saturazione dei dati. Sebbene la saturazione fosse stata raggiunta anticipatamente per i caregiver, la raccolta è proseguita fino a ottenere la saturazione anche per i minori, in considerazione della conduzione di interviste diadiche caregiver/genitore-figlio. Non sono state condotte interviste ripetute con gli stessi partecipanti. Inoltre, ai partecipanti è stato assegnato un codice QR personale per l'accesso alla piattaforma Research Electronic Data Capture (REDCap, versione 14.0.17 – © 2024 Vanderbilt University), utilizzata per la compilazione dei questionari socio-demografici (ad es. età, sesso, lingua madre, livello di istruzione e situazione lavorativa o di studio) e delle misure di HL ed eHL di base che accompagnavano le interviste qualitative.

Questi dati sono stati raccolti in linea con il processo OPHELIA, per poter sviluppare, con l'analisi, delle vignette di profili dei partecipanti.

Focus group con i professionisti

Parallelamente, sono stati condotti focus group con i professionisti sanitari dei reparti che hanno aderito allo studio per approfondire la percezione dei bisogni informativi dei pazienti, i punti di forza e di criticità nella comunicazione, le barriere organizzative e le aree prioritarie di miglioramento. La guida all'intervista, riportata in Appendice 4, è stata elaborata integrando le raccomandazioni dell'Ophelia Manual (Osborne et al., 2021) e spunti dalla letteratura internazionale (Fereidouni et al., 2019).

Analisi dei dati qualitativi

L'analisi dei dati qualitativi ha utilizzato l'approccio tematico pragmatico e "light-touch" indicato nel manuale OPHELIA (Osborne et al., 2021) e da altri autori (Vindrola-Padros & Johnson, 2020) come utile a ottenere rapidamente temi chiave per informare decisioni e attuare una co-progettazione di interventi, privilegiando l'identificazione di temi di rilevanza pratica rispetto allo sviluppo formale di teorie. Le trascrizioni integrali delle interviste e dei focus group vengono analizzate per individuare principali bisogni informativi, barriere comunicative e difficoltà di navigazione del sistema sanitario riportate dai partecipanti. Successivamente vengono sviluppate tipologie di utenti dell'ospedale basate sui casi, raggruppando i partecipanti in profili distinti sulla

base di caratteristiche condivise e pattern ricorrenti emersi dall'integrazione tra dati quantitativi e qualitativi. Queste tipologie combinano pattern più ampi (ad esempio livelli di HL associati ad età o istruzione) con scenari concreti e realistici (come difficoltà nel comprendere le istruzioni terapeutiche). Coerentemente con l'orientamento alla ricerca-azione, l'analisi dà priorità all'utilità pratica dei risultati, così da orientare la progettazione e la pianificazione dei servizi, oltre a contribuire al rafforzamento delle capacità organizzative.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati raccolti con i mediatori culturali, si è privilegiata un'analisi tematica ibrida di tipo induttivo-deduttivo, secondo l'approccio descritto da Proudfoot (2022). Si è scelto di usare questo approccio in quanto è emerso un gap in letteratura che ha meritato una analisi più approfondita: sebbene infatti alcuni studi in letteratura abbiano esplorato il ruolo dei mediatori culturali (Sharma et al., 2023; Di Meo et al., 2023; Spigel et al., 2025; Kasten et al., 2020), pochi, per quanto di nostra conoscenza, hanno esaminato in modo specifico il loro punto di vista sulla HL e le barriere comunicative incontrate da stranieri (nati all'estero) nei contesti sanitari (Di Meo et al., 2023). In particolare, l'analisi tematica ibrida adottata combina categorie definite a priori con temi emergenti dai dati. La codifica deduttiva si è basata sul modello concettuale di Bremer et al. (2021), articolato in tre dimensioni fondamentali dell'OHL: "comunicazione", "orientamento nei servizi", ed "engagement dei pazienti". La componente induttiva ha invece permesso di includere elementi nuovi emersi dalle discussioni, arricchendo la comprensione dei bisogni e delle criticità riportate dai mediatori culturali.

Il rigore metodologico dell'analisi tematica è stato garantito attraverso strategie volte a rafforzare la credibilità e la trasparenza del processo, in linea con le raccomandazioni del framework COREQ-32 (Tong et al., 2007). In particolare, dati sono stati trattati in forma anonima; le trascrizioni sono state private di qualsiasi informazione identificativa e ciascuna intervista è stata codificata mediante identificativi alfanumerici. L'analisi dei dati è stata condotta da più ricercatori, inizialmente in modo indipendente e successivamente attraverso momenti di confronto collegiale, al fine di discutere e condividere temi e sottotemi emergenti fino al raggiungimento di un consenso interpretativo. A supporto della credibilità dei risultati, per ciascun tema sono state selezionate citazioni rappresentative, utilizzate per ancorare le interpretazioni ai dati empirici. Prima dell'analisi, i ricercatori hanno riflettuto criticamente sulle proprie posizioni professionali, esperienze pregresse e aspettative rispetto al tema di studio, condividendo tali riflessioni all'interno del team come parte del processo analitico. La trasparenza del processo è stata garantita dalla documentazione sistematica delle fasi di raccolta, analisi e interpretazione dei dati,

consentendo la tracciabilità delle decisioni metodologiche adottate. L'analisi è stata condotta senza il supporto di software dedicati per l'analisi qualitativa, privilegiando un approccio manuale e iterativo, coerente con l'orientamento pragmatico e partecipativo del processo OPHELIA. Nel processo interpretativo sono state inoltre considerate le note sul campo redatte dagli intervistatori durante e immediatamente dopo la raccolta dei dati, utilizzate come supporto contestuale per l'interpretazione dei contenuti emersi.

Sulla base dell'analisi congiunta dei dati quantitativi e qualitativi raccolti (descritta nel dettaglio nel paragrafo 2.5 Analisi dei dati), il team di ricerca ha elaborato vignette narrative generate tramite strumenti di intelligenza artificiale (Chat GPT 4.0), con l'obiettivo di rappresentare in modo visivo e immediato i profili tipici degli utenti e facilitare la discussione nei successivi lavori di gruppo della Fase 2.

FASE 2

Nella seconda fase, i risultati raccolti vengono presentati durante workshop di co-progettazione che coinvolgono team interdisciplinari di professionisti sanitari e coordinatori di unità, come coordinatori infermieristici e direttori di Unità Operativa (U.O)(Step 4). Questi incontri rappresentano il momento centrale di confronto e interpretazione condivisa dei dati, finalizzato a tradurre i risultati in possibili direzioni di miglioramento.

Sulla base dell'analisi congiunta, i partecipanti identificano, definiscono e prioritizzano le azioni da intraprendere (Step 5), articolandole in obiettivi a breve, medio e lungo termine, in funzione della loro complessità e fattibilità organizzativa. In questa fase possono essere inoltre formulati indicatori di esito e di processo (Step 6), utili per sostenere la pianificazione e il monitoraggio delle successive attività di implementazione.

Il processo di pianificazione è accompagnato da momenti formativi sul campo dedicati all'utilizzo di strumenti validati e di buone pratiche evidence-based, con l'obiettivo di fornire ai partecipanti strategie operative per migliorare la comunicazione, l'educazione sanitaria e la capacità organizzativa di risposta ai bisogni di HL dell'utenza. A supporto di questa fase possono essere impiegati strumenti come l'AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (Brega et al., 2015), che include strategie per una comunicazione orale e scritta efficace e adattata al livello di HL dei pazienti. Per la revisione dei materiali informativi è proposto l'Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) (Shoemaker et al., 2014), utile per valutare chiarezza, comprensibilità e usabilità dei contenuti scritti o audiovisivi già in uso e per pianificarne eventuali revisioni. Inoltre,

per valutare le leggibilità dei documenti è stato proposto l'indice di leggibilità Gulpease, che restituisce un punteggio da 0 a 100, dove valori più alti indicano una maggiore facilità di lettura.

I dirigenti ospedalieri vengono coinvolti nella definizione delle azioni da implementare e nella valutazione della loro sostenibilità, garantendo un allineamento tra le priorità individuate e la pianificazione strategica dell'organizzazione. Parallelamente, in questa fase viene programmata l'attività di disseminazione attraverso presentazioni in eventi congressuali e la preparazione di pubblicazioni scientifiche, con l'obiettivo di condividere il modello adottato, i risultati e le azioni proposte.

FASE 3

La terza fase prevede l'implementazione delle azioni co-progettate con gli stakeholder nei contesti clinici dell'ospedale (Step 7). L'adozione delle soluzioni individuate rappresenta il risultato principale del processo partecipativo e costituisce il nucleo operativo di questa fase. Alcune azioni possono essere attuate nell'immediato, mentre altre richiedono una pianificazione progressiva o il coinvolgimento di ulteriori figure organizzative.

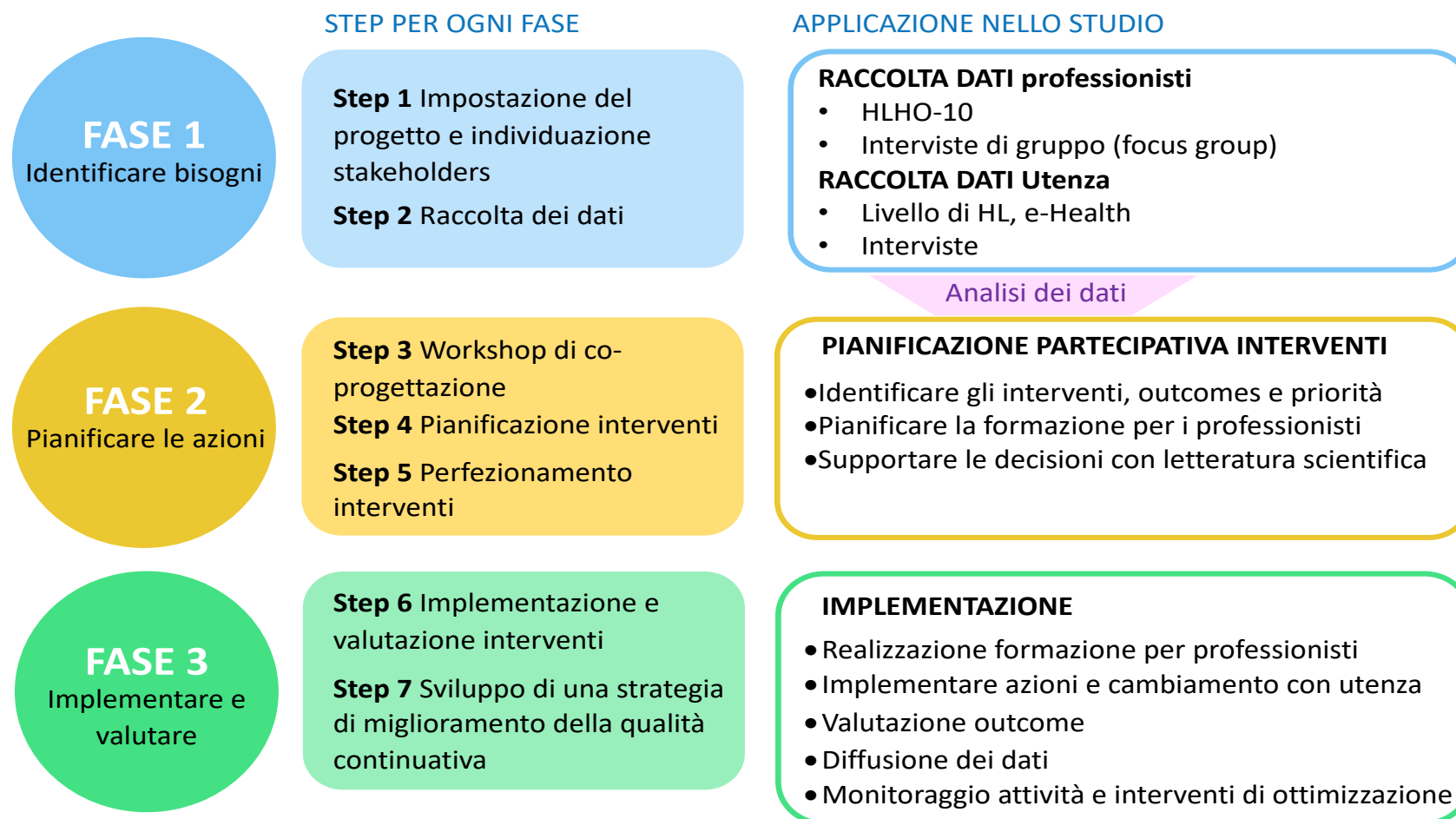
Gli obiettivi definiti per il breve e medio termine fungono da guida per il monitoraggio locale dell'implementazione. Sebbene non sia prevista una valutazione formale di impatto, le percezioni e i feedback dei professionisti coinvolti forniranno indicazioni utili per comprendere i primi effetti delle azioni attuate e potranno costituire la base per future ricerche orientate a misurare l'efficacia degli interventi.

È prevista la realizzazione di un evento congressuale dedicato alla disseminazione dei risultati dello studio, così come la pubblicazione di articoli scientifici finalizzati a condividere il processo, gli esiti e le prospettive di sviluppo del progetto.

Lo Step 8 comprende l'elaborazione, in collaborazione con la Direzione dell'Istituto, di una strategia di miglioramento continuo sostenibile, volta a integrare progressivamente i principi della HL nelle strutture organizzative, nelle politiche interne e nei percorsi formativi per il personale. Tale strategia mira a radicare la HL come componente trasversale e integrata della pratica.

Figura 1. processo di ricerca-azione sviluppato nelle 3 fasi ispirate dal processo Ophelia

Metodi : Fasi del processo OPHELIA in OLAPH



(Adattato da Beauchamp et al. 2017)

2.3 Esiti dello studio

L'esito primario dello studio riguarda la percezione dell'OHL da parte dei professionisti sanitari, misurata come percentuale di operatori che ritengono la propria organizzazione "health-literate". Tale proporzione è stata calcolata considerando come risposte positive i valori pari o superiori a 5 su una scala Likert a 7 punti, relativi agli item dell'HLHO-10 che esplorano politiche istituzionali, pratiche comunicative, coinvolgimento dei pazienti e iniziative formative sulla HL. .

Gli esiti secondari includono quanto segue:

- Valutazione dei bisogni informativi insoddisfatti degli utenti ospedalieri, misurata attraverso:
 - il numero e le tipologie di bisogni informativi, di orientamento e di partecipazione ai servizi riferiti come non soddisfatti da pazienti e caregiver;
 - la classificazione di tali bisogni sulla base del tipo, della frequenza e delle caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti, utilizzando sia le risposte ai questionari sia i dati emersi dalle interviste qualitative.

- Valutazione dei livelli di HL ed e-HL nei pazienti e nei caregiver, ottenuta mediante:
 - la distribuzione percentuale degli adolescenti nei tre livelli di HL (basso, medio, alto) misurati con la scala HLSAC-ITA;
 - la distribuzione dei livelli di HL nei pazienti adulti, classificati tramite HLS-EU-Q16 come inadeguata (0–8), problematica (9–12) o sufficiente (13–16);
 - la percentuale di caregiver adulti con adeguata e-HL, definita come proporzione di soggetti con punteggio medio ≥ 4 su 5, oppure con punteggi complessivi elevati nel range 8–40 al questionario IT-eHEALS, indicativi di buona sicurezza nel reperire, valutare e utilizzare informazioni sanitarie online.

- Valutazione della capacità organizzativa di risposta alla HL (OHL responsiveness), che comprende, a titolo esemplificativo e sulla base delle azioni effettivamente realizzate:
 - il numero di workshop dedicati alla definizione e alla pianificazione degli interventi di miglioramento dell'OHL;
 - il numero di nuovi opuscoli informativi sviluppati secondo principi di comunicazione chiara e centrata sull'utente;

- il numero di materiali informativi che sono stati revisionati per migliorarne chiarezza, leggibilità e accessibilità;
- il numero di eventi formativi organizzati;
- il numero di professionisti formati sui principi, sugli strumenti e sulle pratiche di HL;
- il miglioramento dell’accessibilità linguistica e dell’usabilità delle informazioni sanitarie in più lingue;
- il numero di nuove risorse informative rese disponibili in formato digitale, ad esempio attraverso il portale ospedaliero.

- Esiti di disseminazione, comprendenti:

- l’organizzazione di almeno un evento di diffusione dei risultati a livello regionale, nazionale o internazionale, finalizzato a presentare il processo di studio, i risultati ottenuti e gli interventi co-progettati;
- la preparazione e l’invio di almeno una pubblicazione scientifica sottoposta a revisione tra pari, volta a condividere gli esiti dello studio e promuovere l’adozione di pratiche assistenziali sensibili alla HL in altri contesti.

2.4 Approvazione etica

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell’Istituto (IRB-BURLO 07/2023, 31.08.2023) e condotto nel rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki. Tutti i partecipanti hanno ricevuto un’informativa dettagliata sugli obiettivi e sulle modalità dello studio e hanno fornito il consenso informato scritto prima della raccolta dei dati. Un membro del team di ricerca era sempre disponibile per fornire chiarimenti e rispondere a eventuali domande.

La partecipazione è stata volontaria. Il trattamento dei dati personali è avvenuto in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR, direttamente applicabile in tutti gli Stati membri, e alla normativa italiana in materia di protezione dei dati personali, costituita dal Codice Privacy (D.Lgs. 196/2003) come modificato e integrato dal D.Lgs. 101/2018. Tutti i dati sono stati pseudo-anonimizzati al fine di garantire privacy e riservatezza, e trattati secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, limitazione della finalità, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

I dati quantitativi e socio-demografici sono stati raccolti tramite REDCap, ospitato su un server protetto dell'Istituto, mentre i dati qualitativi (registrazioni e trascrizioni delle interviste e dei focus group) sono stati conservati in cartelle elettroniche protette da password, accessibili esclusivamente al team di ricerca.

CAPITOLO 3. RISULTATI DELLO STUDIO

3.1 Risultati generali della FASE 1.

Uno degli aspetti fondamentali della prima fase del progetto ispirato a Ophelia è stato quello di coinvolgere gli stakeholders dell'ospedale e individuare dei responsabili all'interno dei reparti interessati al progetto. Il progetto è stato illustrato e partito dalla Direzione delle professioni sanitarie. E' stata organizzata una riunione ad hoc con i coordinatori infermieristici di tutti i reparti. In quella occasione si è discusso del fatto che alcuni reparti, ad esempio, il reparto di chirurgia pediatrica, aveva già partecipato ad una ricerca in cui erano stati raccolti dati con i genitori e caregiver dei pazienti in merito alle informazioni e orientamento nel percorso chirurgico. Lo stesso è stato per il reparto di ginecologia, in cui erano stati raccolti dei dati con le pazienti ricoverate per intervento di isterectomia che hanno riportato i propri bisogni informativi nell'ambito di una ricerca di tesi. Si è deciso quindi di tenere conti di questi aspetti e poter quindi utilizzarli come base utile ad una partecipazione alla fase 2 del progetto. Il Direttore sanitario è anche stato informato nel corso di una riunione organizzata per questo. Il reparto che ha risposto in maniera più attiva è stato il Pronto soccorso pediatrico dove, oltre al supporto del coordinatore degli infermieri e del direttore dell'Unità Operativa (U.O.), due infermiere si sono offerte di diventare responsabili del progetto all'interno dell'U.O.

3.2 Risultati – HLHO-10 (Professionisti sanitari)

Hanno partecipato all'indagine 217 professionisti (32,8%) su 655, dei quali 183 (27,9%) hanno completato integralmente il questionario HLHO-10. La maggioranza dei partecipanti era di sesso femminile (n = 150; 82.0%). In relazione alla qualifica professionale, il campione era composto prevalentemente da infermieri (n = 92; 50.3%), seguiti da medici (n = 41; 22.4%) oltre ad altre professioni sanitarie e figure di supporto. Tra questi, il 13.6% aveva un ruolo dirigenziale, il restante erano clinici.

I risultati del questionario HLHO-10 sono riportati nella Tabella 1, espressi come mediana e intervallo interquartile (IQR). Nel complesso, il campione ha attribuito valutazioni mediamente elevate agli item dello strumento, con mediane prevalentemente comprese tra 6 e 7. Questo andamento indica una percezione generalmente positiva della capacità dell'organizzazione di

supportare la comunicazione e la comprensione da parte dei pazienti, rappresentando una solida base su cui impostare le successive azioni di miglioramento.

Gli item che hanno ricevuto le valutazioni più alte, con una mediana pari a 7 (IQR 6–7), riguardano la realizzazione delle comunicazioni sanitarie da parte del personale in caso di necessità (item 4) e la presenza di modalità comunicative finalizzate a facilitare la comprensione dei pazienti, come l'uso di traduttori o la possibilità di porre ulteriori domande (item 5). Anche la verifica della comprensione da parte dei pazienti, in particolare in condizioni critiche (item 8), ha ottenuto una mediana elevata (6.5; IQR 6–7).

L'item che ha ricevuto la valutazione più bassa è il numero 10, relativo alla formazione del personale sul tema della HL, che presenta una mediana pari a 4 (IQR 3–6). Si tratta dell'unico item con un valore mediano inferiore a 5.

Osservando l'ampiezza dell'IQR, alcuni item mostrano una variabilità più estesa nelle risposte, suggerendo una percezione meno omogenea tra i professionisti. Tra questi rientrano in particolare l'item 1 (IQR 4–7), l'item 2 (IQR 4–7), l'item 3 (IQR 5–7), l'item 6 (IQR 5–7), l'item 7 (IQR 5–7) e l'item 9 (IQR 4–7).

L'analisi delle differenze tra gruppi professionali ha evidenziato alcuni scostamenti statisticamente significativi. In particolare, si osservano differenze tra clinici e dirigenti per l'item 4 ($p = 0.002$) e per l'item 9 ($p = 0.0006$). Il test Kruskal–Wallis ha inoltre rilevato differenze significative tra medici/infermieri/ostetriche e professioni tecniche per l'item 1 ($p = 0.02$), per l'item 4 ($p = 0.03$) e per l'item 8 ($p = 0.02$).

Nel complesso, i risultati evidenziano una distribuzione di valori tendenzialmente alta, con alcune dimensioni caratterizzate da variabilità più ampia o da differenze tra gruppi, come illustrato nella Tabella 1.

Completamente d'accordo	7	Tutti MEDIAN A (IQR)	Clinici MEDIAN A (IQR)	Dirigenti MEDIANA (IQR)	TRA clinici e dirigenti Wilcoxon p-value	TRA medici, infermieri/os tetriche tecniche Kruskall Wallis p-value
Parzialmente d'accordo	6					
Lievemente d'accordo	5					
Indeciso	4					
Parzialmente in disaccordo	3					
Lievemente in disaccordo	2					
Completamente in disaccordo	1					
1. La direzione della struttura nella quale lavori prende in considerazione esplicitamente il tema della health literacy (nella mission, nella pianificazione delle risorse umane, ...)		6 (4-7)	6 (4-7)	6 (3-6)	0.95	0.02
2. La health literacy è considerata fra gli indicatori di qualità nella gestione della struttura nella quale lavori		6 (4-7)	5 (4-7)	6 (3-6)	0.51	0.30
3. La comunicazione di informazioni sanitarie nella struttura in cui lavori viene effettuata coinvolgendo anche i pazienti		6 (5-7)	6 (6-7)	7 (6-7)	0.29	0.47
4. Nella struttura in cui lavori le comunicazioni sanitarie vengono realizzate ad personam in caso di necessità		7(6-7)	7 (6-7)	7 (7-7)	0.002	0.03
5. Esistono nella struttura modalità di comunicazione comunemente utilizzate per fare in modo che i pazienti comprendano completamente le informazioni necessarie (es. traduttori, possibilità di ricontattare la struttura per ulteriori domande...)		7(6-7)	7 (6-7)	7 (6-7)	0.99	0.11
6. La struttura cerca di fare in modo che gli utenti siano in grado di orientarsi e muoversi all'interno della struttura senza problemi (cartellonistica, staff dedicato)		6 (5-7)	6 (5-7)	6 (6-7)	0.20	0.47
7. Le informazioni vengono rese disponibili ai pazienti attraverso mezzi diversi (cartellonistica, grafici, video...)		6 (5-7)	6(5-6)	6 (5-7)	0.28	0.64
8. Ci si assicura che i pazienti abbiano realmente compreso tutto ciò che viene loro comunicato, in particolar modo in condizioni critiche (es. farmaci, medicazioni, consenso informato)		6.5 (6-7)	7 (5-7)	6.5 (6-7)	0.43	0.02
9. La comunicazione riguardo le forme di pagamento o co-pagamento delle prestazioni è espressa in maniera chiara e comprensibile		6 (4-7)	6 (4-6)	6(6-7)	0.0006	0.37
10. Il personale della struttura in cui lavori è formato sul tema della health literacy		4 (3-6)	5 (3-6)	4 (2-6)	0.48	0.07

Tabella 1. Risultati del questionario HLHO-10. Per ciascun item vengono riportati la mediana e l'intervallo interquartile (IQR) delle risposte dell'intero campione e dei sottogruppi professionali (clinici e dirigenti). Le ultime due colonne presentano i p-value dei test di confronto tra gruppi: Wilcoxon (clinici e dirigenti), e Kruskal–Wallis (medici, infermieri/ostetriche e professioni tecniche). Valori di $p < 0.05$ indicano differenze statisticamente significative.

3.3 Risultati dei focus group con i mediatori culturali

Sono stati condotti due focus group in presenza, per una durata complessiva di 138 minuti: il primo a dicembre 2024 e il secondo a giugno 2025. Hanno partecipato nove mediatrici culturali, tutte di sesso femminile, rappresentanti un'ampia varietà di lingue, tra cui albanese/kosovaro, arabo, creolo, inglese, francese, hindi, pidgin, lingue slave (serbo, croato, sloveno, bosniaco, macedone, montenegrino, russo e ucraino), swahili, turco e urdu. Alcune partecipanti operavano su più lingue e contesti culturali. L'anzianità media di esperienza nel ruolo di mediatrice culturale era di 12,11 anni (DS = 10,56), mentre l'età media era di 50,78 anni (DS = 5,36).

È stata condotta un'analisi tematica di tipo ibrido che ha combinato una codifica deduttiva guidata dal modello concettuale della OHL (comunicazione; engagement del paziente e orientamento nei servizi), con l'identificazione induttiva di temi emergenti dai dati. Questo ulteriore tema ha messo in evidenza le sfide specifiche che le mediatrici culturali affrontano nel loro ruolo professionale.

Inoltre, complessivamente sono stati individuati otto sottotemi. Nella Tabella 2 vengono riportati in sintesi i principali risultati dei focus group.

Tem	Sottotemi	Esempi di frasi significative
Comunicazione	- Difficoltà nella comunicazione orale - Limiti del materiale scritto	“(...) molte donne capiscono fino a un certo punto...ad esempio, non sanno come è fatto dentro il corpo della donna...forse servirebbero delle figure per spiegare meglio” “Quando c’è da firmare un consenso informato, tutte le spiegazione sembrano troppe per loro e si sentono confusi ...le percentuali di rischio poi sono comprese da pochi.”
Engagement	- Aspetti culturali che influenzano l’engagement e compliance. - Differenze con le pratiche nei Paesi d’origine - Sfiducia e timore di discriminazione	“Non capiscono perché insistiamo a far lavare il bambino prima di un intervento chirurgico. Si preoccupano molto perché pensano che se devi lavare il bambino è perché se l'intervento va male, è già lavato e preparato per l’aldilà.” “A volte rifiutano trattamenti... come la trasfusione, perché dicono che in Italia la gente beve vino e mangia maiale.”
Orientamento nei servizi	- Limitata conoscenza dell’organizzazione ospedaliera - Difficoltà nell’identificazione delle divise e dei ruoli professionali	“...non capiscono quali visite fare in gravidanza e cosa bisogna pagare...”
Sfide dei mediatori culturali	- Limitata consapevolezza del ruolo del mediatore culturale da parte dei professionisti - Criticità nell’utilizzo delle ore di mediazione	“A volte i professionisti traducono loro in inglese...ma il mediatore deve spiegare le cose in un modo comprensibile per le pazienti, ad esempio ‘utero’ non si dice in certe culture, si dice ‘dove sta il bambino.’” “Solo in Kenya parliamo 42 lingue diverse (...). Però quando ti chiamano, dicono: ‘Mi serve uno per la lingua africana’” “A volte le spiegazioni che usano i medici sono difficili anche per noi da capire...noi non siamo medici. Sarebbe importante che usino parole più semplici”

Tabella 2. Sintesi dei temi principali e sottotemi emersi dai focus group con i mediatori culturali e alcuni esempi di frasi significative, elaborata per orientare i successivi lavori di gruppo e la co-progettazione degli interventi.

Nei prossimi paragrafi, verranno descritti i temi, sottotemi e riportate le frasi più significative dei mediatori. In questo caso, i temi rappresentano dimensioni analitiche derivate dal framework OHL, mentre i sottotemi articolano pattern ricorrenti emersi dai dati.

3.3.1 Tema 1 – Comunicazione

Le mediatrici culturali hanno individuato diversi fattori che ostacolano una comunicazione efficace, sia orale sia scritta, tra professionisti sanitari e pazienti nati all'estero. Le difficoltà comunicative sono state tra gli aspetti più discussi. Le criticità emerse mostrano come tali barriere compromettano la comprensione delle raccomandazioni cliniche, portando a scarsa aderenza terapeutica, appuntamenti mancati e incertezza su come applicare correttamente le indicazioni ricevute.

Sottotema 1 – Difficoltà nella comunicazione orale

Secondo le mediatrici, i professionisti sanitari spesso danno per scontate conoscenze che i pazienti non possiedono, sovrastimando il loro livello di HL. È stata evidenziata l'importanza di spiegazioni chiare e centrate sul paziente: quando la finalità del trattamento è comunicata efficacemente, l'adesione migliora. Come riferito da una mediatrice:

“L'utente deve capire perché deve andare sotto i ferri, quindi bisogna spiegarglielo in modo rassicurante.”

Una comunicazione insufficiente è stata riferita come frequente causa di incomprensioni e ridotta soddisfazione.

Numerosi altri esempi pratici sono stati riportati. Uno riguarda l'uso corretto dei farmaci, in particolare degli antibiotici:

“Il medico deve prendersi il tempo per spiegare l'importanza dell'orario perché i pazienti pensano che sia un farmaco come gli altri. Quando chiedo ‘Lo ha preso regolarmente?’ rispondono ‘Non mi ricordo’.”

Sono stati menzionati anche trattamenti preventivi difficili da comprendere. Una mediatrice racconta:

“[A volte] le donne in gravidanza devono prendere l'eparina. Alla fine della visita mi chiedono ‘Perché devo prenderla? Cos'è l'eparina?’ Questo andrebbe spiegato bene dal medico durante la visita!”

Per favorire la comprensione, le mediatrici suggeriscono un uso più sistematico di supporti visivi, come disegni o immagini per spiegare procedure o anatomia. Una partecipante afferma:

“Quando il medico mostra un’immagine e spiega ‘questa è la dura madre, l’ago va qui...’ aiuta molto, ma non si fa sempre.”

È stato inoltre evidenziato il tema delle aspettative non realistiche sui tempi di recupero, che possono generare frustrazione tra le famiglie migranti:

“Alcuni genitori chiedono: ‘Perché ci mette così tanto a parlare? Ha appena messo l’impianto cocleare, quindi ora sente e deve parlare subito.’”

Un altro esempio riguarda l’ecografia morfologica in gravidanza:

“Il medico dice che l’esame è affidabile al 90%, mentre l’amniocentesi arriva al 100% ma ha un rischio di aborto. Le informazioni aumentano e poi rimangono nel dubbio ‘Lo faccio o no?’”. Le mediatrici osservano che molti pazienti hanno difficoltà sia nella HL sia nella numeracy, elementi, secondo loro, spesso sottovalutati dai clinici.

Le partecipanti notano che la domanda “Ha capito?” non è sufficiente a valutare la comprensione: i pazienti spesso rispondono “sì” per timidezza o per non mostrarsi in difficoltà. Una mediatrice afferma:

“Lei ha detto sì davanti al medico, forse per timidezza. Ma poi, parlando con me, era chiaro che non aveva capito nulla.”

Un’altra aggiunge:

“[Dopo la visita] mi fanno domande che mostrano che non hanno capito bene.”

Molti pazienti cercano informazioni su Internet quando hanno dubbi o informazioni insufficienti, con conseguenze negative sull’aderenza terapeutica:

“Una mamma voleva interrompere il trattamento al figlio perché aveva letto qualcosa su Internet... vanno subito su Internet.”

Sottotema 2 – Limiti del materiale scritto

Le mediatrici hanno espresso ampio consenso sulla scarsa leggibilità e accessibilità dei materiali scritti, come lettere di dimissione, prescrizioni e indicazioni per il follow-up. Sebbene le informazioni necessarie siano presenti, spesso sono inserite in testi densi e poco evidenziati, rendendo difficile individuare gli elementi più importanti.

Nel loro lavoro quotidiano, le mediatrici chiariscono frequentemente i documenti dopo la visita: riscrivono istruzioni, evidenziano parti chiave o traducono passaggi rilevanti. Una mediatrice racconta:

“Leggo attentamente il referto e poi scrivo in russo come prendere i farmaci, quando prenderli, e evidenzio la data della prossima visita.” Questo supporto è essenziale per i pazienti con scarsa conoscenza dell’italiano o del linguaggio medico.

Tuttavia, le mediatrici riferiscono di non essere sempre coinvolte al momento della dimissione, soprattutto quando i pazienti sembrano possedere una minima competenza linguistica. Una mediatrice spiega:

“È tutto scritto, ma a volte non lo leggono.” Questo si manifesta ai controlli: “Il medico chiede ‘Ha preso il farmaco?’ e il paziente risponde ‘No, dove era scritto?’”. Sono stati riportati episodi con conseguenze significative: “Una persona ha bevuto l’aerosol”, evidenziando la pericolosità di istruzioni poco chiare.

Poiché la difficoltà nella lettura non è sempre evidente, le mediatrici ritengono che i clinici dovrebbero considerare più spesso la possibilità di scarsa alfabetizzazione:

“Le mie donne parlano inglese, ma non sanno leggere. Non è scontato che tutti sappiano leggere.”

Per affrontare questi problemi, è emersa la necessità di materiali scritti semplificati e tradotti, inclusi opuscoli informativi e moduli di consenso. Le mediatrici hanno osservato che materiali più semplici sarebbero utili anche per loro, per facilitare la traduzione e la spiegazione:

“Sarebbe utile avere i materiali in forma molto semplificata, anche in italiano, così poi per noi sarebbe più facile tradurli in tutte le lingue.”

3.3.2. Tema 2 – Engagement dei pazienti

Le mediatrici culturali hanno descritto come specifiche credenze e cornici culturali presenti nelle comunità migranti influenzino la comprensione e l’accettazione delle raccomandazioni cliniche. Secondo le partecipanti, tali elementi ostacolano il coinvolgimento attivo degli utenti, la condivisione decisionale e l’aderenza ai trattamenti proposti.

Sottotema 1. Aspetti culturali che influenzano l’engagement e compliance.

Le mediatrici hanno identificato diversi fattori culturali che condizionano le scelte sanitarie dei pazienti e che spesso entrano in conflitto con le indicazioni cliniche. Questo avviene, ad esempio,

quando convinzioni tradizionali interferiscono con le istruzioni basate sulle evidenze scientifiche. Un tema ricorrente riguarda le abitudini alimentari in gravidanza: in alcune culture viene incoraggiata un'assunzione calorica molto elevata, che porta a un eccessivo aumento di peso. Quando i professionisti spiegano l'importanza del controllo ponderale per ridurre i rischi ostetrici, la raccomandazione viene spesso rifiutata. Come ha spiegato una mediatrice:

“Nella cultura balcanica (...) una donna incinta è incoraggiata a mangiare per due e per questo spesso vengono riprese dai nostri medici. Non capiscono perché devono controllare il peso.”

Anche convinzioni morali o religiose possono portare al rifiuto di alcuni trattamenti, come l'analgesia epidurale ritenuta non necessaria o procedure fondamentali come le trasfusioni di sangue, rifiutate perché ritenute non compatibili con lo stile di vita dei donatori. In altri casi, interpretazioni religiose rigide portano a ritardare esami importanti o a comportamenti rischiosi, come digiunare in gravidanza anche quando la religione prevederebbe eccezioni. Una mediatrice ha raccontato:

“La signora insisteva: ‘Vengo domani a fare il prelievo’ perché era la notte di Katri e temeva di non poterlo fare. Nella sua cultura è tradizione, ma quando si è malati queste cose vanno fatte.”

Le partecipanti hanno inoltre evidenziato che alcuni argomenti, soprattutto quelli legati alla salute sessuale e riproduttiva, generano forte imbarazzo e reticenza, limitando la possibilità di fornire informazioni accurate. Molte donne hanno poca o nessuna educazione sessuale e talvolta credenze errate sulla contraccezione. Una mediatrice ha riportato:

“Molte donne non sanno nemmeno cosa sia la contraccezione. Per loro, l'unico modo è non avere rapporti. Pensano: ‘Sto allattando, quindi non posso rimanere incinta’. Sbagliato! dico loro”

Secondo le mediatrici ciò porta frequentemente a gravidanze indesiderate o aborti anche a poche settimane dal parto. Inoltre, alcuni metodi contraccettivi, quando proposti dai professionisti, vengono percepiti come inappropriati o offensivi. Una mediatrice ha riferito:

“Gli uomini pensano: ‘Non posso andare a letto con mia moglie con il preservativo; è come darle della prostituta.’”

Un altro elemento che ostacola l'autonomia delle donne riguarda la centralità della figura del marito in alcune culture. Le mediatrici hanno raccontato che spesso, per iniziare un percorso educativo o sanitario, è necessario prima convincere il marito:

“A volte devo prima convincere il marito, spiegargli che la raccomandazione è importante per la salute della moglie (...) perché le donne sono sottomesse.”

Questa dinamica può avere conseguenze rilevanti, soprattutto nei casi in cui una donna non lavora e non può permettersi metodi contraccettivi propri, diventando così dipendente dal marito:

“Le donne che non lavorano e non possono permettersi di pagare la spirale dipendono completamente dai mariti e non possono gestire la loro salute come vorrebbero, compresa quella riproduttiva.”

Le mediatrici sottolineano anche l'importanza della loro presenza durante la comunicazione clinica, poiché il marito può essere un traduttore inaffidabile:

“La dimettono con il marito che traduce... e il marito è quello che vuole avere rapporti 20 giorni dopo il parto. E poi questa donna, ancora prima del primo ciclo, è di nuovo incinta.”

Per favorire l'autonomia delle donne, molte mediatrici cercano fare “empowerment”, fornendo informazioni, orientamento e accompagnandole ai servizi:

“Diamo informazioni e le guidiamo nei servizi (...) poi devono imparare a cavarsela da sole, quindi consigliamo corsi, consulenze... io porto tutte le mie al consultorio, e dico all'operatore: ‘Guardi, parla abbastanza italiano, provi’, magari lo facciamo insieme la prima volta e poi lei ci va da sola. E vedo che dopo un po’ si fanno anche amiche.”

Le mediatrici hanno inoltre riportato che interpretazioni culturali di alcune istruzioni di routine possono aumentare l'ansia e ostacolare l'aderenza. Un esempio riguarda le istruzioni pre-operatorie:

“Pensano che se chiedono di lavare il bambino prima dell'intervento, allora se succede qualcosa è già lavato e pronto per l'aldilà.”

Sono state riportate anche altre norme culturali che limitano il coinvolgimento dei pazienti. Una in particolare è la tendenza a non contraddire il medico, figura percepita come autoritaria. Una mediatrice ha spiegato:

“Il medico chiede ‘Va bene?’ e la paziente risponde ‘Sì’, perché è terrorizzata dall'intervento e pensa: ‘Se dico no, sbaglio’. Se dice no, si sente in conflitto con qualcuno che ne sa più di lei e che la deve operare.”

Una delle conseguenze più comuni di questi disallineamenti culturali è la ricerca di un secondo parere nel Paese d'origine. Le mediatrici hanno raccontato:

“Mandano la documentazione, per esempio in Egitto, a un altro medico, che poi dice altro.” Questo spesso genera ulteriore confusione e riduce l'aderenza alle cure.

Sottotema 2. Differenze con le pratiche nei Paesi d'origine.

Le mediatrici hanno riferito che le differenze tra la pratica clinica italiana e quella presente nei Paesi d'origine possono essere causa di confusione e frustrazione. Alcuni pazienti si aspettano trattamenti completamente diversi:

“Nei nostri Paesi danno subito gli antibiotici. Chiedono: ‘Perché non li danno subito?’ oppure ‘Perché non fanno l’anestesia generale per il cesareo?’”

Queste differenze portano spesso a insoddisfazione. In altri casi, standard di cura differenti riducono l'aderenza: molte mediatrici hanno riportato che, in alcuni Paesi, i controlli prenatali iniziano più tardi, sono meno frequenti o non vengono promossi attivamente. Di conseguenza, le donne possono percepire il calendario italiano come eccessivo o superfluo.

Un altro aspetto critico riguarda il consenso informato, che alcuni migranti percepiscono come troppo dettagliato o intimidatorio. Una mediatrice ha spiegato:

“La difficoltà è capire perché serve tutta questa procedura, perché servono tutti questi fogli. Nel loro Paese dicono: ‘Devi fare questo, fallo e basta.’ Qui invece si entra troppo nel dettaglio, e allora le donne si spaventano e alcune decidono di non fare la procedura.”

Sottotema 3. Sfiducia e timore di discriminazione.

Le mediatrici hanno riportato che alcuni pazienti stranieri vivono un senso di vulnerabilità o addirittura percepiscono discriminazione nei servizi sanitari. Anche quando non c'è intenzione discriminatoria, interazioni superficiali o poco attente da parte dei professionisti possono essere interpretate come episodi di razzismo, minando la fiducia e la relazione terapeutica. Un esempio ricorrente è quando il medico dedica più attenzione agli studenti che alla paziente. Una mediatrice racconta:

“La donna chiedeva: ‘Come sta il bambino?’ e il medico diceva ‘Sì, sì, tutto bene’, ma parlava con gli studenti. Poi mi ha detto: ‘Io vengo prima.’”

Un altro esempio riguarda raccomandazioni cliniche giustificate che possono essere percepite come stigmatizzanti:

“Devono fare la doccia prima dell'intervento, ma viene enfatizzato talmente tanto che la mamma pensa ‘Credono che siamo sporchi?’”

Le mediatrici hanno sottolineato che il timore di discriminazione può ridurre ulteriormente l'aderenza, poiché i pazienti attribuiscono intenzioni nascoste alle indicazioni cliniche:

“Quando vengono in ospedale iniziano: ‘Siamo stranieri, vogliono fare ricerca su di noi, vogliono prenderci il sangue per la ricerca. Non accetto.’ E allora noi mediatrici dobbiamo partire da sotto zero per costruire fiducia.”

3.3.3 Tema 3 – Orientamento nei servizi

I mediatori culturali hanno descritto diverse difficoltà che le persone di origine straniera incontrano nell’accedere e nel muoversi all’interno del sistema sanitario. La scarsa familiarità con i servizi, le procedure e le routine organizzative è risultata spesso associata a confusione, ritardi o insoddisfazione, compromettendo la capacità degli utenti di orientarsi con sicurezza e di utilizzare correttamente le prestazioni disponibili.

Sottotema 1. Limitata conoscenza dell’organizzazione ospedaliera

I mediatori hanno riferito che la mancanza di conoscenze sul Servizio Sanitario Nazionale e sulle procedure ospedaliere porta frequentemente a confusione, frustrazione o a un minor accesso ai servizi. Le difficoltà riguardano sia i processi organizzativi sia la sequenza degli appuntamenti. Come raccontato da una partecipante:

“Per il prericovero, fai l’accettazione, poi vai alla seconda visita e poi c’è l’anestesista nel pomeriggio. (...) Le donne fanno fatica a capire perché ci voglia così tanto.”

Timori e incomprensioni simili emergono rispetto ai tempi di attesa per gli esami diagnostici:

“Devono aspettare qualche mese per una TAC e non sono molto contente. (...) Cerchi di spiegare che se è urgente verrà fatta urgentemente; se devi aspettare sei mesi, vuol dire che puoi aspettare.”

Questa insoddisfazione risulta particolarmente frequente quando l’organizzazione e le modalità operative differiscono sensibilmente da quelle del Paese di origine. I mediatori hanno inoltre spiegato che devono spesso ripetere informazioni sul funzionamento del sistema sanitario, anche rispetto a aspetti pratici come la registrazione del neonato o l’accesso ai consultori familiari.

Sottotema 2. Difficoltà nell’identificazione delle divise e dei ruoli professionali

Un’ulteriore fonte di confusione riguarda il riconoscimento dei professionisti sanitari attraverso le divise e i ruoli. Come osservato da una mediatrice:

“Conoscere le divise darebbe loro più sicurezza e permetterebbe di capire con chi hanno a che fare, e pian piano imparerebbero a orientarsi.”

I mediatori hanno suggerito l'introduzione di cartelli esplicativi che illustrino le diverse divise utilizzate in ospedale per facilitare l'orientamento degli utenti.

3.3.4 Tema 4 – Sfide dei mediatori culturali

Questo tema raccoglie le difficoltà percepite dai mediatori culturali nello svolgimento del proprio ruolo e nel fungere da ponte tra professionisti sanitari e pazienti di origine straniera. Dall'analisi sono emersi due sottotemi principali: la limitata consapevolezza del ruolo professionale dei mediatori e le criticità legate all'utilizzo effettivo delle ore di mediazione.

Sottotema 1. Limitata consapevolezza del ruolo del mediatore culturale da parte dei professionisti

Sebbene i partecipanti abbiano espresso, in generale, soddisfazione per il rispetto del loro ruolo all'interno dell'ospedale, tutti hanno concordato sul fatto che molti professionisti sanitari, in particolare quelli con meno esperienza, non sembrano avere piena consapevolezza del profilo professionale del mediatore culturale e delle sue competenze. Come riferito da una partecipante:

“Alcuni operatori sanitari pensano che siamo amici del paziente.”

I mediatori hanno anche osservato che, quando il paziente parla un po' di italiano o di inglese, gli operatori tendono a sovrastimare il livello reale di competenza linguistica e di comprensione sanitaria, escludendo così il mediatore dalla comunicazione. Una partecipante ha raccontato:

“Ti sentono parlare inglese con il paziente, soprattutto i giovani specializzandi, e allora cominciano a parlare inglese anche loro.”

È stata inoltre evidenziata una frequente confusione tra le funzioni “dell'interprete” e quelle del “mediatore culturale”, il cui compito implica non solo tradurre parole, ma contestualizzare concetti. Come spiegato da un mediatore:

“Il mediatore deve spiegare in termini comprensibili alla persona. I termini medici sono in latino, mentre in Africa occidentale ‘utero’ non si dice: si parla di ‘dove sta il bambino’.”

La scarsa consapevolezza del loro ruolo davanti agli utenti può ostacolare anche la relazione di fiducia tra pazienti e mediatori. Un esempio riportato:

“L'infermiera dice: ‘Lei parla italiano!’, e la donna diventa diffidente. Si fida dell'infermiera più che del mediatore, si fida della divisa... Ma in realtà non capisce. Allora dice: ‘Faccio da sola.’ Questo sminuisce la persona e la nostra professione.”

Quando i pazienti rifiutano la mediazione, il rischio di incomprensioni aumenta significativamente.

I partecipanti hanno inoltre riferito che spesso gli HCP parlano con loro utilizzando linguaggio medico specialistico, senza considerare che i mediatori non hanno una formazione clinica:

“Chiedo al medico: ‘Può spiegarmelo meglio, in parole semplici, così lo spiego agli altri?’ Noi non abbiamo fatto Medicina... ma a volte il medico parla come se fossimo colleghi.”

Un’ulteriore difficoltà riguarda il modo in cui vengono richieste le mediazioni. Spesso il contatto avviene sulla base della nazionalità del paziente e non della lingua parlata, oppure la richiesta è troppo generica per essere utile. Come spiegato da un mediatore:

“In Kenya parliamo 42 lingue diverse. Ci uniscono lo swahili o l’inglese... Ma poi ti chiamano dicendo: ‘Mi serve qualcuno per la lingua africana’.”

Sottotema 2. Criticità nell’utilizzo delle ore di mediazione

I mediatori hanno riferito che il loro coinvolgimento è spesso limitato a momenti specifici del percorso di cura, tipicamente la prima visita o la firma del consenso informato, senza continuità nelle fasi successive. Una mediatrice ha osservato:

“Sei con loro all’inizio. Dopo l’intervento, per loro non esisti più... Poi le donne mi chiamano: ‘Ho partorito e non capisco questo, non capisco quello. Mio marito mi ha spiegato qualcosa, ma non ho capito niente’.”

I partecipanti hanno sottolineato che quando la mediazione non viene attivata, soprattutto in momenti critici come la dimissione, si rischia una significativa perdita di informazioni. Come riferito da un mediatore:

“Se questo bambino va a casa senza un mediatore, i genitori non capiranno che devono tornare per il controllo.”

Una problematica ricorrente è la sostituzione del mediatore con amici, familiari, mariti o app di traduzione. Altre volte gli operatori ritengono sufficiente la comprensione linguistica del paziente, che però non è adeguata a seguire istruzioni complesse. Queste situazioni possono portare a esiti gravi, come raccontato da un partecipante:

“Il medico ha detto a una donna incinta di prendere insulina: due unità al mattino, due al pomeriggio e sei alla sera. Lei non ha capito e ha fatto tutto 10–10–10. Parlava un po’ in italiano e un po’ in inglese, si è confusa.”

Per un uso più efficiente del tempo di mediazione, i mediatori culturali hanno suggerito una migliore organizzazione delle visite in modo da evitare lunghe attese e permettere loro di dare priorità ai pazienti con bisogni più complessi, restando comunque disponibili per coloro che

necessitano di un supporto minore. Hanno inoltre espresso il desiderio di avere maggiori occasioni di dialogo con i professionisti per discutere le situazioni in cui la mediazione viene attivata in modo inadeguato o insufficiente.

3.4 Risultati dei focus group fatti con i professionisti del pronto soccorso

Nel periodo compreso tra marzo e maggio 2025 sono stati realizzati due focus group che hanno coinvolto complessivamente 15 professionisti sanitari appartenenti a diverse categorie, tra cui medici, infermieri e operatori socio-sanitari. Gli incontri avevano l'obiettivo di esplorare le difficoltà percepite dagli operatori nel processo di trasmissione delle informazioni cliniche ed educative ai pazienti e ai loro caregiver. In particolare, ai partecipanti è stato chiesto di riflettere sulle situazioni in cui la comunicazione risulta più complessa. In particolare le domande guida (Appendice 4.) hanno stimolato la discussione su due aspetti principali: 1. Le criticità incontrate nel comunicare con pazienti e caregiver; 2. I contenuti sanitari percepiti come più difficili da comprendere per l'utenza.

È stata condotta un'analisi tematica esplorativa dei dati dei focus group, coerente con l'approccio OPHELIA, finalizzata all'identificazione e alla sintesi dei principali temi, riportati in Tabella 3. Tali risultati sono stati successivamente utilizzati nella Fase 2 del progetto per supportare, insieme ai temi emersi dall'utenza, il processo di co-progettazione con i professionisti del pronto soccorso, orientando l'individuazione delle azioni di miglioramento, la definizione delle priorità e la pianificazione temporale della loro implementazione.

Temi	Problematiche emerse
Mancata comprensione di comunicazioni orali	- Riferiscono di spiegare "tutto piano e tante volte" eppure lo stesso poi capiscono che l'informazione non è passata; -Si riscontra una mancata comprensione, sommata alla paura a volte riscontrata dell'interazione fra farmaci e alle diverse usanze culturali di pazienti stranieri che portano ad una mancata o scorretta somministrazione dei farmaci prescritti con rischi per la salute del bambino (es. corretta diluizione degli antibiotici, via di somministrazione indicata, dosaggio); -Mancata somministrazione antidolorifico o antipiretico indicato dall'infermiere al triage per mancanza di fiducia verso la figura di infermiere che lo ha indicato; -Si riscontrano mancati rientri al pronto soccorso (es. il giorno dopo) rispetto a quanto indicato dai medici; -Dopo la visita specialistica in ambulatori, non rientrano in PS per il verbale; - Secondo l'organizzazione del momento, gli infermieri non vedono il paziente e caregiver al momento della dimissione e manca quindi

	l'occasione per l'informazione/spiegazioni/ educazione da accompagnare al verbale redatto dal medico; inoltre, sul sistema informatico INSIEL, non c'è uno spazio per il verbale/dimissioni infermieristiche; - I professionisti riconoscono di chiamare poco i mediatori culturali (forse per la tipologia di utenza/servizio/tempi di risposta alle urgenze/emergenze del PS) - I professionisti sentono di necessitare di uno strumento tecnologico che permetta loro di tradurre in modo simultaneo le lingue dell'utenza straniera.
Mancata comprensione di comunicazioni scritte	- Le disposizioni del verbale non vengono lette (specie la pagina sul retro) o vengono ignorate - Molti caregiver dimostrano di non capire le disposizioni sul verbale e gli acronimi (es. ORL per otorinolaringoiatria) - Gli infermieri sentono la mancanza, di spazio nel sistema INSIEL, di spazio dedicato per le dimissioni infermieristiche sul verbale
Difficoltà di orientamento nel pronto soccorso e in altri servizi dell'ospedale	- L'utenza ha ancora difficoltà ad accedere al pronto soccorso attraverso l'ingresso corretto (nonostante le nuove segnaletiche) - L'utenza ha difficoltà a trovare gli ambulatori delle visite specialistiche che vengono indicate dal medico del pronto soccorso - Si riscontrano molti accessi impropri (anche uso improprio dell'ambulanza) - Vi sono molti accessi pomeridiani/serali che necessitano di rientro il giorno dopo (poi a volte mancato) - Non portano la tessera sanitaria all'accesso - I genitori non si rendono conto che la loro ansia viene trasmessa al figlio e tutta la permanenza in pronto soccorso assieme e le procedure da fare ne vengono impattate - Mancato riconoscimento del professionista (divise) - Difficoltà di accesso alle informazioni sul sito istituzionale (quindi cercano informazioni non certificate su altri siti) - quando l'utenza chiede cosa deve pagare gli operatori non sanno cosa rispondere perché non lo sanno, anche per ciò che riguarda l'utenza straniera - I tempi di attesa non vengono compresi dai caregiver di bambini, che ritengono sia tutto urgente. - Le attese legate al colore triage non vengono comprese dagli stranieri ed a volte percepite come discriminazione - si riscontrano soste improprie dell'utenza/amici/professionisti nelle zone del pronto soccorso e nelle stanze di chi è in osservazione - si riscontra che spesso i genitori non danno ai figli l'antipiretico o antidolorifico prima di venire in pronto soccorso per paura di non essere creduti dai sanitari con la conseguente sofferenza e agitazione del bambino per una sintomatologia non curata

Tabella 3. Nella tabella vengono riportati i temi e problematiche principali emerse dai due focus group fatti con i professionisti del pronto soccorso sulle difficoltà riscontrate con l'utenza in merito a comunicazione, engagement e orientamento nei servizi dell'ospedale.

3.5 Risultati relativi alla health literacy, ai bisogni informativi e all'esperienza dell'utenza del pronto soccorso

3.5.1 Dati sociodemografici e health literacy dell'utenza del pronto soccorso

Nel periodo compreso tra marzo e giugno 2025 è stata realizzata la raccolta dati presso il Pronto Soccorso pediatrico, attraverso la somministrazione dei questionari ai genitori e ai loro figli. Hanno partecipato complessivamente 46 caregiver e 35 minori.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, l'età media dei caregiver è risultata pari a 43 anni (DS 7,14), con una prevalenza di rispondenti di sesso femminile (78,2%). I minori coinvolti avevano un'età media di 11 anni (DS 2,62) e in prevalenza erano di sesso maschile (74,7%).

Il livello di istruzione dei caregiver è risultato complessivamente medio-alto. Più della metà dei rispondenti (52.1%) ha dichiarato un titolo di scuola secondaria di secondo grado, mentre il 39.5% possiede una laurea. La valutazione della HL dei caregiver, misurata tramite il questionario HLS-EU-Q16, mostra che il 56.2% del campione presenta un livello di HL sufficiente.

Diciannove adolescenti tra i 12 e i 17 anni hanno completato la scala HLSAC-I IT. La maggior parte dei ragazzi (82,3%) presenta un livello di HL moderato.

3.5.2 I bisogni informativi dell'utenza del pronto soccorso

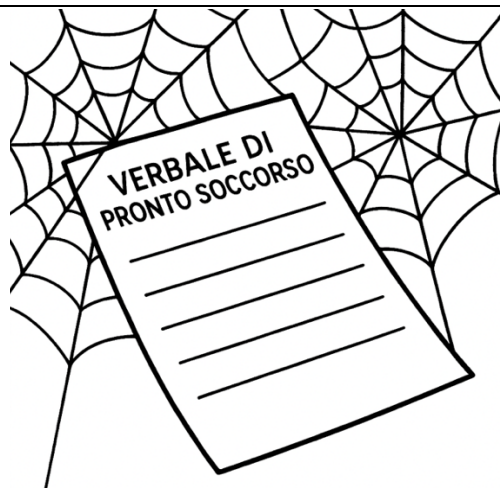
Tra marzo e giugno 2025 sono state condotte complessivamente 80 interviste semistrutturate, di cui 45 rivolte ai genitori e 35 ai minori presenti in pronto soccorso. Le interviste con i genitori caregiver sono durate in totale 7 ore e 45 minuti, con una media di 10 min e 32 secondi a intervista. Le interviste con i minori sono durate in totale 2 ore e 30 minuti, con una durata media dell'intervista di 4 minuti e 50 secondi.

Le interviste avevano l'obiettivo di approfondire i bisogni informativi percepiti durante l'accesso al servizio, esplorando tre aspetti principali: 1. quali informazioni sono ritenute più importanti; 2. quali contenuti informativi sono percepiti come mancanti; 3. quali suggerimenti gli utenti ritengono utili per migliorare la comunicazione e l'esperienza complessiva in Pronto Soccorso (guida in Appendice 2 e 3)

L'analisi tematica light touch ha permesso di individuare ricorrenze, pattern e bisogni emergenti. Di seguito la tabella con i principali temi individuati e le frasi più significative riportate dall'utenza, evidenziate attraverso le vignette narrative.

MACRO TEMI	PARTECIPANTI		
Aspetti positivi e difficoltà emerse con la comunicazione orale e scritta	GENITORI	BAMBINI 5-11aa	RAGAZZI 12-17aa
	• Mi è piaciuto molto come si sono posti verso la bambina, le hanno dato un aiuto psicologico, le hanno parlato chiaramente, anche se ha 13 anni(...) hanno rivolto le domande anche direttamente a lei. (G23 – N/A) • - La dottoressa che ha fatto i punti è stata magnifica, perché (mio figlio) era molto spaventato, e anche io con la vista del sangue vado per terra, e sono stati gentili anche con me perché hanno visto che io non ero molto... portata per vedere il sangue, e mi sono stati vicini però allo stesso tempo con (mio figlio) sono stati bravi perché lui era molto spaventato e in pratica gli hanno spiegato esattamente cosa andavano a fare (...) che non avrebbe sentito niente, e lui si è calmato, il fatto di avere una dottoressa che si ferma e che spiega al bambino esattamente cosa vanno a fare lo ha reso veramente tranquillo. (...) sono stati molto bravi. (G44 – HLS Suff, superiori) • - l'infermiere che ci ha accolto (...) è stato accogliente, paziente, empatico e professionale, proprio bravo (...)	• (...) hanno spiegato tutto in maniera molto chiara (F36-9aa)	• ho capito sempre tutto, non ho mai avuto dubbi o cose che non ho capito (...) mi hanno sempre fatto capire il motivo di tutto (F11-15aa)

	hanno anche cercato di distrarre (mio figlio) (G12 – N/A)		
	• nel verbale c'è scritto "eupnoico", non è una parola di uso comune (...) "arto controlaterale" (...) non è che si capisce. (G38- HL suff, università) • Mi è difficile capire certe cose... io non avendo studiato determinate cose non posso sapere com'è fatta l'anatomia. In passato, in un altro reparto, ho chiesto e loro gentilmente mi hanno spiegato facendomi dei disegni per farmi capire com'è fatto il corpo umano e così ho capito (G44 – HL suff, superiori)	• le cose che dicevano i medici e gli infermieri erano facili da capire?] No [hanno usato parole troppo difficili?] Si" (F38-6aa) • non ho capito tanto bene quello che dicevano, parlavano in un modo strano, che io non capisco (F44- 8aa) • forse a volte vengono utilizzati dei termini tecnici che dai bambini e ragazzi possono essere forse non capiti bene, usare i termini tecnici ai genitori ma spiegare le cose ai bambini in modo comprensibile (F48, 11aa) • Non capisco tanto. Non tutti parlano nel modo in cui parlano gli altri e la dottoressa ha usato un termine che non ho capito (...) cos'erano i punti, poi me lo hanno spiegato ma non ho capito sempre tanto bene come li mettevano, no?...io pensavo che i punti mi dovevano mettere tipo delle punture (...) io sono un bambino che cerca di capire però i dottori a volte usano certi termini che non capisco. (F44- 8aa) •	• Potrebbero non usare termini specifici (...) ma dei sinonimi o spiegarlo direttamente., non usare il nome della malattia ma spiegarla direttamente , tante volte non si sa cosa è(15aa)



- secondo me sono talmente lunghi che nessuno li legge (G06– HLS sufficiente, università)
- [rientro] non ho avuto ancora modo di leggerlo (..) mi avevano già detto a voce che cosa avesse la bambina, quali erano i dubbi da fugare e come volevano procedere (G24– HLS sufficiente, superiori)
- [rientro] l'ho letto un po' veloce (G23– HLS sufficiente)
- [rientro] non l'ho letto (G49– HLS sufficiente, università)

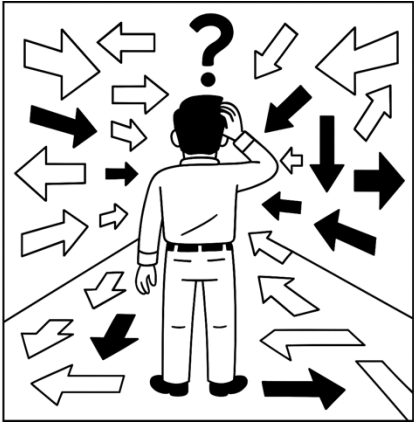
•

- Ho letto anche i referti (...) era capibile (F40-12aa)

Difficoltà relazionali e di engagement emerse			
	• con lei non hanno parlato tantissimo. (...) le hanno detto che poteva essere... hanno usato un termine che lei non avrà capito (...), e lei mi guardava... hanno parlato più con me che non con lei. Lei ha un'età che si può parlare, no? [11anni] (G52- HLS sufficiente, università) • (avrebbero potuto) spiegare un po' di più a mio figlio; ha 14 anni, quindi è in grado di riuscire a capire...invece si rivolgevano principalmente a me (G33- HLS sufficiente, superiori)	•	• forse avrei voluto che mi trattavano da più grande... che mi spiegassero meglio le cose (...) cos'avevo in specifico. (F37- 14aa)
	• la maggior parte delle volte si siedono davanti al computer, e quando tu gli parli non ti guardano neanche in faccia (...) perché probabilmente hanno poco tempo (...) però io come mamma, quando hai una figlia che sta male, mi infastidisce un po' l'idea di un dottore che invece di ascoltarti prima si mette a scrivere, ho notato che lo fanno tutti per accorciare i tempi, questo è sbagliatissimo, prima ascolti, poi la visiti, poi scrivi. E vedi che non ti ascolta, perché poi quando la visita fa la stessa identica domanda e tu lo		

	guardi e fai "te l'ho spiegato un attimo fa che cos'è", e questo infastidisce, ti demoralizza, è sbagliatissimo. (G37–HLS sufficiente, superiori)		
		- la cosa più importante da sapere era cosa mi mettevano sul mento, perché sai, quando uno si fa male, che deve mettere i punti, io volevo sapere cosa dovevano farmi, dovevano mettermi o punti o colla, e cioè hanno usato anche là un termine che non ho capito molto. (...) A volte, so che non lo fanno apposta, però fanno anche un po' brucamente. (F44- 8aa) - avrei voluto sapere dove si è rotto, e se era una frattura (F52-11aa) - avrei voluto sapere se dovevo fare tanta attenzione quando andavo a casa o se era una cosa da farci attenzione sì ma non così tanta, e se in caso di dolore dovevo prendere qualcosa (F48-11aa) - la cosa più importante è stata se avevo una frattura o no e cosa mi stavano mettendo (F48-11aa) - potreste far vedere la parte che si è fatta male il bambino...un piccolo schermo e far vedere la parte del corpo che fa male e far vedere che è tutto a posto	- Se uno è disteso e non vede cosa ti stanno facendo, potrebbero dire "ti stiamo mettendo questo" (F1-12 aa) - avrei voluto che mi spiegano di più che medicine mi danno (F 42-12aa) -avrei voluto sapere la gravità di quello che era successo (GF07-13aa) - potrebbero essere più chiari facendo vedere delle foto, mostrando anche manualmente ciò che devi fare (...) e com'è potuto venire il dolore (F07-13aa) - la cosa più difficile da capire è stata perché tenere i due tubicini. Mi avevano detto ma non capivo... Forse perché ero agitato, stavo piangendo... (13aa)

Difficoltà di orientamento nei servizi			
	• Al triage potrebbero dire quanto può durare l'attesa e in che fase siamo. A volte si resta qui per ore senza sapere cosa succede: si fa il triage, la prima visita, poi magari si aspettano altre 4 ore senza indicazioni. Capisco le urgenze, ma chi aspetta non sa cosa lo aspetta né quanto durerà. (G25 – HL problematica, università) • il nostro codice triage? Non so, penso quello minimo (G04– HLS sufficiente, superiori) • suggerirei di dare le informazioni delle fasi un cui si è, ad esempio, ora va dalla pediatria (...) ora dobbiamo seguire questo protocollo. • al momento del triage (...) (si potrebbe) consegnare una lista di cose da fare, anche qualcosa di schematico (...). Poi magari (si potrebbe) fare un percorso con delle frecce (G25 – HL problematica, università)	•	•

	• (per gli) spostamenti danno per scontato che sai dove andare (..) ad esempio la radiologia (è) in primo piano... ma primo piano può voler dire tante cose, però potrebbe essere andare a sinistra, a destra... si dà per scontato che la persona si sa orientare nell'ospedale (A01– N/A) • purtroppo (...) non ci sono le indicazioni in inglese (A22– HLS sufficiente, università) • (si potrebbe) dare delle indicazioni sulla base di un numero o un colore, per il posto da raggiungere (..) (ad es.) un percorso guidato con delle indicazioni visive, una numerazione classica per vedere la stanza qual è. Oltre che "oltre al carrello della signora delle pulizie lo vedrà sulla destra", dare le indicazioni precise (A02– HLS sufficiente, università)	•	• Erano difficili solo un po' le indicazioni, sui piani, era tanto su e giù, quindi, nelle stanze mi perdevo un attimo. (F02-13aa)
	• dire "vada su" "o vada giù" non è sufficiente per capire dove si deve andare (...) dando per scontato che noi si sappia dove andare (...) (potrebbero) dire il nome del reparto da raggiungere. "Andate giù e vi daranno il referto" ... la domanda è: chi mi darà il referto? Il medico del pronto soccorso? Devo bussare a una stanza? Quale? O suonare un campanello?" (G02– HLS problematica, superiori) • l'unica cosa che lascia sempre spiazzati (...) sono quei passaggi tra pronto soccorso, reparto di radiologia, fai i raggi, vai a sala gessi, dopo devi tornare indietro, non c'è un percorso ben chiaro e uno si sente poi perso (..)	•	•

	infatti (stavolta) finita la visita dall'otorino io ho capito che dovevo tornare in audiologia, e invece dovevo tornare in pronto soccorso (G25 – HL problematica, università) • lo stavo aspettando di consegnare l'urina ma la dottoressa si è dimenticata di dirmi (...) di portarla all'infermiere al pronto soccorso, sono stata 3/4 d'ora lì [tornata in ambulatorio] con le urine in mano ad aspettare che arrivasse la dottoressa, poi ho fermato uno a caso e (...) mi ha detto " ma no, l'urina deve portarla in pronto soccorso" ma se non me lo dite come faccio a saperlo? (G37– HLS sufficiente, superiori) • quando si vuole andare in una porta che è chiusa non si sa mai se si può bussare (G04– HLS sufficiente, superiori) • al momento del triage (...) (si potrebbe) consegnare una lista di cose da fare, anche qualcosa di schematico (...).(G25 – HL problematica, università) • mi sono sentita un po' confusa (...) sono tornata lì dai raggi perché pensavo di dover andare lì per pagare i raggi, perché cosa, me ne vado via senza pagare? (G25 – HL problematica, università)		
---	--	--	--

	• ogni volta che mia figlia sta male vado in crisi, non so mai se devo portarla in pronto soccorso oppure no. E ogni volta che ci vado, mi dicono: “Ma ha contattato la sua pediatra?” Tante volte rispondo: “Sono le sette e mezza di sera, mia figlia sta vomitando, dove la trovo la pediatra a quest’ora?” E posso assicurare che tutte le volte che la chiamo, lei mi risponde: “Signora, questo è da pronto soccorso.” Ormai ho imparato che ‘PS’ vuol dire pronto soccorso, perché lei risponde sempre così: se mia figlia ha un trauma? “Signora, è da PS.” Se ha un altro problema? “Signora, è da PS.” Se ha mal di pancia? “Signora, è da PS, perché io non ho l’ecografo.” Poi però vado al pronto soccorso e mi chiedono: “Ma ha contattato la sua pediatra?” È come una pallina che rimbalza da una parte all’altra. È stancante e frustrante. (FG37– HLS inadeguata, superiori)	•	•
---	--	---	---

Tabella 4. Nella tabella vengono illustrate, nella prima colonna, i macro-temi individuati e le vignette create con chat GPT4 che illustrano in modo visivo le problematiche riferite dall’utenza in merito a comunicazione ed orientamento nei servizi dell’ospedale. Nella seconda colonna vengono riportati alcuni estratti dalle interviste in merito alle difficoltà dei genitori/caregiver di bambini mentre nelle ultime due colonne vengono riportati alcune frasi estratte delle interviste di bambini e quelle degli adolescenti divise per età.

Legenda: FG seguita da un numero= intervista Figlio Genitore n. es. 1; HLS = Health literacy score, ovvero, alfabetizzazione emersa dal questionario somministrato; aa= anni.

3.6 Risultati Fase 2.

3.6.1 Azioni prioritarie identificate sulla base dei risultati HLHO-10

L'analisi dei dati raccolti nella fase 1. in particolare, i risultati dell'HLHO-10 (descritti nel paragrafo 3.1.1.) ha permesso di identificare possibili azioni di miglioramento.

Azione 1. L'azione primaria e più urgente definita dagli stakeholder del progetto è stata quella di programmare una formazione sul campo con i seguenti macro contenuti: 1. significati di alfabetizzazione sanitaria e l'impatto di una bassa alfabetizzazione sanitaria sulla comprensione delle informazioni sanitarie e quindi sulla salute dell'utenza; 2. Strategie di comunicazione orale e scritte efficaci; 3. Strumenti per la redazione di opuscoli informativi/educativi semplici ed efficaci.

Azione 2. Parallelamente, si è ritenuto importante estendere le attività formative e di sensibilizzazione sull'argomento ed inoltre avviare iniziative di disseminazione dei primi risultati dello studio OLAPH attraverso l'organizzazione di un convegno dedicato all'alfabetizzazione sanitaria. A questo scopo è stata avviata una collaborazione con l'Università di Firenze per la co-progettazione dell'evento ed è stata presentata una candidatura al bando ProMIS (Programma Mattone Internazionale Salute), sportello 2 del 2025, per ottenere il finanziamento necessario alla sua realizzazione. Il ProMIS (<https://promisalute.it/>) è un'iniziativa del Ministero della Salute e delle Regioni che facilita la partecipazione del sistema sanitario italiano a reti, progetti e programmi europei e internazionali. Attraverso bandi dedicati, sostiene attività di formazione, scambio di competenze, disseminazione e valorizzazione di buone pratiche.

L'organizzazione del convegno ha richiesto un ampio lavoro preparatorio, sviluppato lungo tutto l'anno, poiché, secondo bando Promis, bisognava realizzarlo entro dicembre 2025. La candidatura al bando ProMIS prevedeva specifici criteri di valutazione, tra cui il coinvolgimento di esperti nazionali e internazionali sull'argomento del convegno scelto. Tale requisito ha reso particolarmente preziosa la collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Firenze, con esperti del settore, attivi da anni in progetti nazionali ed europei sul tema dell'alfabetizzazione sanitaria. Grazie alla loro rete scientifica è stato possibile avviare contatti con esperti dell'Istituto Superiore di Sanità, e internazionali tra cui la dottoressa Sørensen dalla Danimarca, una delle fondatrici del movimento sulla HL in Europa (Sørensen et. al, 2012). Parallelamente, sono stati coinvolti professionisti della regione Friuli Venezia Giulia impegnati nella promozione dell'alfabetizzazione sanitaria, come i referenti della rete "Cure Sicure", e alcuni

ricercatori dell'Università di Udine attivi nell'ambito dell'alfabetizzazione vaccinale. L'intero processo ha rappresentato un lavoro sinergico tra istituzioni e professionisti, volto a garantire la qualità scientifica e la rilevanza dell'iniziativa.

3.6.2 Azioni prioritarie identificate sulla base dei risultati dei focus group con i mediatori culturali

Sulla base dei risultati emersi dai focus group con i mediatori culturali, sono state identificate diverse azioni prioritarie volte a migliorare la comunicazione clinica e interculturale con utenti stranieri.

Azione 1. Una prima area di intervento ha riguardato l'utilizzo di supporti visivi. I mediatori hanno evidenziato che molte donne e alcuni caregiver possiedono una conoscenza limitata dell'anatomia e dei processi fisiologici, rendendo difficoltosa la comprensione delle spiegazioni cliniche. Per rispondere a questa esigenza, il gruppo di ricerca ha selezionato e adattato immagini anatomiche semplici e colorate del corpo femminile e del bambino, comprensive di struttura scheletrica e organi interni, poi stampate e plastificate. Queste immagini sono state poi consegnate ai mediatori culturali.

Azione 2. Una seconda area di intervento ha riguardato la semplificazione dei consensi informati, identificati dai mediatori come particolarmente complessi e difficili da comprendere per molte persone straniere, in particolare le donne. Sono stati quindi coinvolti il primario del Nido, per il consenso relativo agli esami diagnostici eseguiti sui neonati, e l'anestesista responsabile dell'analgesia epidurale. Entrambi hanno collaborato alla revisione e alla semplificazione dei rispettivi documenti informativi. La prima rielaborazione dei testi è stata condotta dal gruppo di ricerca utilizzando strumenti digitali di semplificazione linguistica (ChatGPT), impostando come obiettivo un livello di leggibilità equivalente a quello della seconda classe della scuola secondaria di primo grado come indicato da letteratura (AHLQ, 2024). Le versioni preliminari semplificate sono state poi discusse insieme ai due specialisti, che hanno apportato ulteriori modifiche per garantire accuratezza clinica e aderenza alle procedure. I consensi iniziali presentavano un livello di leggibilità, secondo l'indice di leggibilità Gulpease, compreso tra 30% e 40%, mentre dopo la semplificazione i punteggi sono saliti a 60–70%, indicando un miglioramento significativo. Sulla base di questi risultati, i documenti sono stati considerati adeguatamente leggibili e pronti per la traduzione in lingue diverse dall'italiano.

Per definire le lingue in cui tradurre i materiali, il gruppo di ricerca ha consultato il Direttore Sanitario al fine di garantire equità e coerenza con i bisogni dell'utenza. È stato utilizzato come

riferimento un documento interno del 2024 che riportava la frequenza delle richieste di mediazione culturale nelle diverse lingue. Sono state così individuate quattro lingue prioritarie in cui procedere con le prime traduzioni: albanese, bangla, arabo e inglese.

Azione 3. Per rispondere all' esigenza la difficoltà delle donne straniere di comprendere i costi o la gratuità delle prestazioni in gravidanza un'ulteriore azione è stata quella di elaborare uno schema semplificato dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) relativi alla gravidanza, basato sul documento ministeriale di riferimento (Istituto superiore di sanità, 2017). Anche questo materiale sarà tradotto nelle quattro lingue selezionate, con l'obiettivo di offrire uno strumento chiaro e facilmente accessibile a supporto della comunicazione tra operatori sanitari, mediatori culturali e utenti. I costi per le traduzioni saranno coperti dai fondi della ricerca scientifica dell'istituto su questo progetto di ricerca corrente.

Azione 4. Considerato il gap formativo emerso da parte dei professionisti, si è pensato di programmare un evento formativo per implementare le competenze dei professionisti su aspetti multiculturali e per far conoscere meglio il ruolo dei mediatori culturali.

3.6.3 Azioni prioritarie identificate sulla base dei risultati delle interviste a professionisti e utenza del pronto soccorso

Al fine di una pianificazione di azioni sostenibili di risposta ai problemi individuati nella Fase 1, i temi individuati dall'analisi dei dati qualitativi raccolti con i professionisti e quelli raccolti con l'utenza del pronto soccorso sono stati uniti assieme.

Nella tabella 5., viene riportata la sintesi fatta e poi utilizzata con il team di professionisti del pronto soccorso per definire un "Semaforo" di priorità. Questa sintesi è stata inserita da un infermiere del pronto soccorso in Google Forms (Google LLC, Mountain View, CA, USA). Le istruzioni date ai professionisti per compilare il form erano di assegnare ad ognuna delle tematiche e sotto tematiche emerse un codice prioritario per definire delle azioni/strategie/interventi di miglioramento con tempistiche differenti e realizzabili. Le indicazioni specifiche erano di assegnare un codice "Rosso" per le problematiche considerate "urgenti" e da risolvere entro sei mesi; un codice "Giallo" per le problematiche da risolvere entro 12 mesi e il codice "Verde" per le problematiche da risolvere oltre 12 mesi. È stato chiesto inoltre di usare ogni codice almeno una volta durante la votazione. Il Google form preparato è stato diffuso agli operatori del pronto soccorso tramite la loro chat criptata di Whatsapp ed è stato chiesto a tutti di

fornire la propria risposta entro due settimane. Nella Figura 2 sono invece evidenziati i risultati della votazione con un semaforo di priorità.

Temi principali	Sottotemi ed esempi
1 COMUNICAZIONE ORALE: ottimizzare lo scambio di informazioni	Sottotema 1a: Informazione al paziente e caregiver Utenti: • "mi è difficile capire certe cose... non conosco l'anatomia", • "non ho capito, parlavano in un modo che non capisco" • "ero agitato e non ho capito" • "avrei voluto saperne di più, ma mi vergognavo a chiedere" • "non mi hanno spiegato cosa stavano facendo", Sottotema 1b: Istruzioni/educazione alla dimissione Operatori: • "Spieghiamo tutto piano e tante volte; eppure, poi capiamo che l'informazione non è passata" • I caregiver dimostrano una difficoltà di comprensione nella somministrazione dei farmaci prescritti • Si riscontra il mancato rientro indicato dal medico • Vi è la mancanza dell'infermiere al momento della dimissione, anche se per motivi organizzativi Sottotema 1c: Relazione Utenti: • "Parlava con me, non con mio figlio", "mi dava le spalle e scriveva al pc mentre parlavo" Sottotema 1d: Migliorare la comunicazione con gli STRANIERI Operatori: • Bisogna usare di più i mediatori culturali/strumenti utili per comunicare con stranieri
2.COMUNICAZIONE SCRITTA	Sottotema 2a: Ottimizzare l'efficacia della informazione SCRITTA Utenti: • "Non l'ho letto", "Secondo me non li legge nessuno" Operatori: • Gli utenti non leggono o non capiscono il verbale . Vi è una mancanza di spazio dedicato per le consegne infermieristiche nel verbale sul sistema informatico INSIEL utilizzato in pronto soccorso
3. ORIENTAMENTO	Sottotema 3a: Ottimizzare la spiegazione di percorsi: visite da effettuare, dove andare e dove bussare Utenza: • "Devo andare su dove?" • "Quando torno giù, con chi devo parlare? Dove devo bussare? " • "Non capisco se devo pagare e dove" Operatori: • Mancato ritorno in PS dopo visita specialistica • Operatori: non so rispondere quando mi chiedono cosa devo pagare Sottotema 3b: Ottimizzare la comprensione dei processi/tempistiche Utenti:

	• "Al triage potrebbero dire quanto può durare l'attesa e in che fase siamo" • "Non so il codice colore di mio figlio" Operatori: • Gli utenti non comprendono i tempi di attesa, (andando incontro al rischio di una percepita discriminazione) Sottotema 3c: Migliorare l'orientamento al Burlo, inclusa cartellonistica Utenti: • "Non chiaro dov'è l'ingresso del PS", "Non ci sono cartelli in inglese" Operatori: • Gli utenti hanno difficoltà di orientamento • Gli utenti hannodifficoltà di accesso alle informazioni sul sito istituzionale
4. ALTRO	Sottotema 4 a: Ottimizzare permanenza in PS Operatori: • L'ansia del genitore viene trasmessa al figlio/a, • Mancanza di fiducia vs indicazioni date dall'infermiere al triage, • Corretta permanenza/rotazione di familiari in regime di PS Sottotema 4b: corretto utilizzo del PS Utenti: • "Non so mai dove andare, pronto soccorso o pediatra di libera scelta??" Operatori: • Gli utenti fanno accessi impropri • I Caregiver non somministrano l' antidolorifico o antipiretico prima di venire in pronto soccorso (non lo danno per paura di non essere creduti)

Tabella 5. La tabella 5 riporta la sintesi dei temi e sottotemi emersi dall'analisi qualitativa delle indagini svolte sia con i professionisti che con l'utenza del pronto soccorso.

Nonostante le indicazioni date per la votazione ai professionisti, appare evidente dalla figura 2. che nessuna tematica ha ricevuto il codice "Verde". Da considerare che la programmazione futura con i gruppi di lavoro prevede che vengano rispettati i colori del semaforo prima di tutto, ma che ogni gruppo di lavoro, anche all'interno di ogni colore di semaforo, possa scegliere l'argomento da affrontare/risolvere in merito alle proprie preferenze e competenze.

Fino ad oggi (dicembre 2025), dopo la votazione del semaforo, sono stati fatti 3 incontri al pronto soccorso. Nel prossimo paragrafo vengono illustrati i temi affrontati in codice rosso e le azioni individuate. Il terzo incontro è stato di formazione sul campo, in particolare sulle strategie di comunicazione scritta, in quanto il secondo gruppo ha deciso di dedicarsi alla progettazione di materiale scritto e visivo per l'utenza.

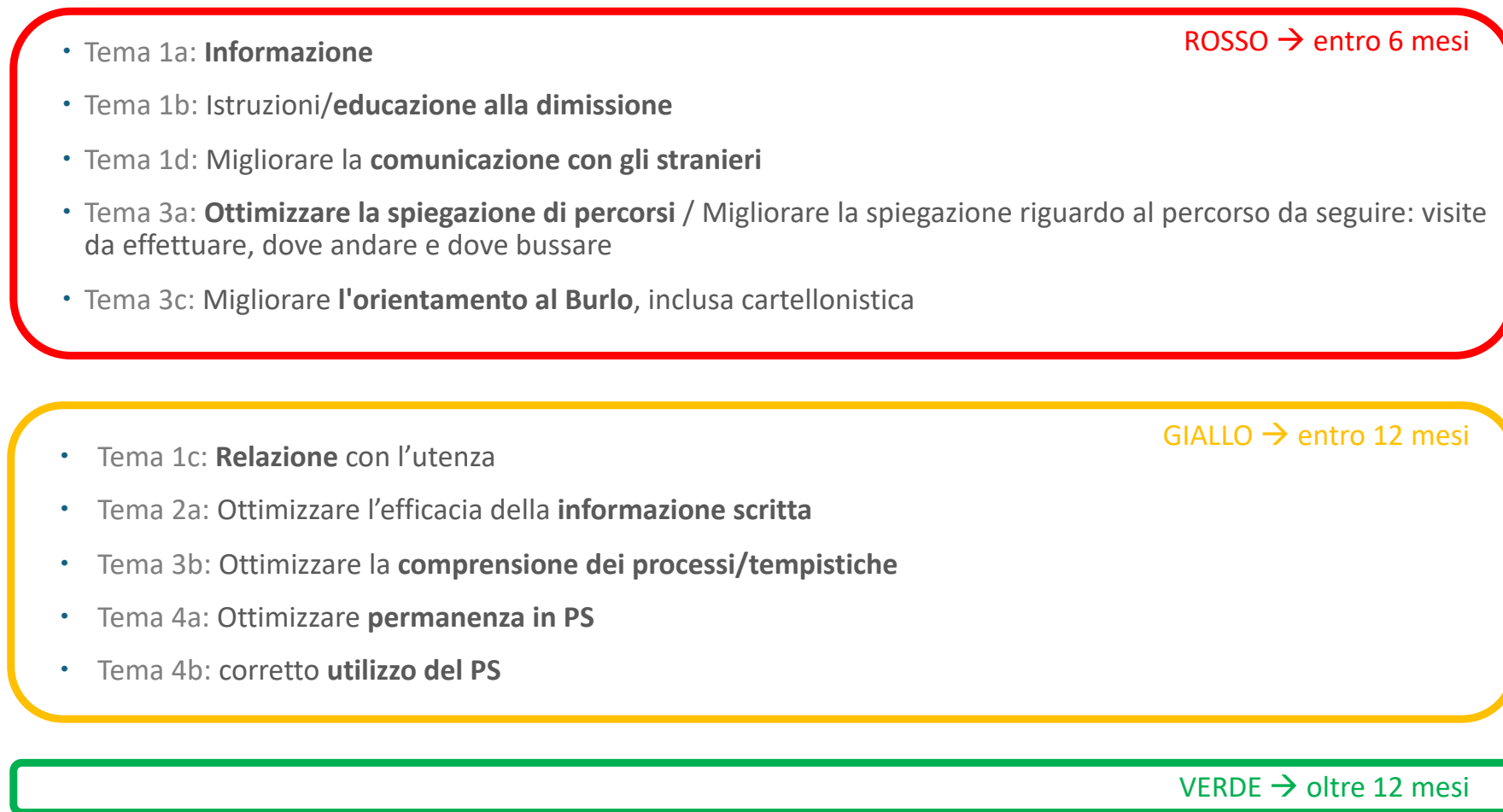


Figura 2. Nella figura 2. vengono riportati in un “Semaforo” di priorità i risultati della votazione espressa dai professionisti del pronto soccorso in merito all’urgenza/proprietà da assegnare alle problematiche emerse dalla raccolta dati della Fase

3.6.4 Definizione delle azioni in base alle priorità del semaforo

La discussione dei risultati emersi nella fase di co-progettazione, condotta attraverso i workshop dedicati ai temi della comunicazione (1A, 1B) e dell'orientamento ai servizi (3A, 3C), ha permesso di definire in modo condiviso un set di azioni da intraprendere nel breve termine.

Tema: comunicazione (1A–1B) (priorità rossa). Azioni:

Azione 1. Considerata l'attuale impossibilità, per motivi organizzativi e per la disposizione degli ambienti del Pronto soccorso, di garantire la presenza dell'infermiere al momento della dimissione, e tenuto conto dell'assenza nella cartella informatizzata INSIEL di uno spazio dedicato a un verbale infermieristico, gli infermieri hanno ritenuto utile individuare i contenuti principali da fornire ai familiari tramite opuscoli informativi. Le condizioni più frequenti selezionate sono state: gestione del bambino con vomito, trauma cranico, fasciatura; uso corretto degli antibiotici; modalità di somministrazione dell'aerosol; accorgimenti in caso di puntura di zecca; corretta somministrazione dei farmaci prescritti. I presenti al gruppo di lavoro si sono suddivisi i temi in quattro sottogruppi. Una volta completati gli opuscoli, si è ipotizzata anche la preparazione di un video da proiettare in sala d'attesa sulla corretta manipolazione e diluizione degli antibiotici; lo schermo, finora assente, è già stato richiesto dal coordinatore infermieristico al deposito. Prima dell'avvio della produzione degli opuscoli, è stato inoltre svolto un incontro formativo (dicembre 2025) sulla redazione di materiale informativo efficace e sull'uso del PEMAT come guida e strumento di valutazione.

Azione 2. Altra azione necessaria è la revisione dei flussi comunicativi interni tra medici e infermieri (ad esempio informazioni già fornite al caregiver, stato clinico del paziente), per garantire che l'infermiere disponga delle informazioni necessarie e possa rispondere con maggiore precisione alle domande che emergono durante le procedure infermieristiche eseguite su indicazione medica (es. medicazioni, fasciature). Questa modalità operativa, utile sia per ottimizzare il flusso informativo verso l'utente sia per una presa in carico più completa del paziente da parte dell'infermiere, è stata condivisa con il coordinatore infermieristico e con il primario, che provvederanno a coinvolgere tutti i medici (strutturati e specializzandi) del Pronto soccorso per uniformare la pratica comunicativa tra professionisti e con i pazienti.

Azione 3. Il posizionamento delle immagini anatomiche, prodotte sulla base della raccolta dati con i mediatori culturali, in varie postazioni del pronto soccorso utili al supporto nella comunicazione/spiegazione di patologie/procedure ai bambini o caregiver.

4. L'organizzazione di momenti formativi sulla comunicazione per uniformare il coinvolgimento dei bambini e dei genitori nella comunicazione clinica.

Tema: orientamento ai servizi (3A–3C) (priorità rossa). Azioni:

Azione 1) Potenziamento della cartellonistica interna ed esterna, con indicazioni più chiare e multilingue per facilitare l'accesso al Pronto soccorso e al triage. Nonostante l'ospedale abbia già provveduto a migliorare la cartellonistica, ancora l'utenza non raggiunge facilmente l'entrata del Pronto soccorso. Da qui la necessità di richiedere ulteriori miglioramenti.

Azione 2) Introduzione di percorsi colorati a pavimento e negli ascensori per favorire l'orientamento verso servizi diagnostici e reparti specialistici.

Azione 3) Aggiornamento e maggiore visibilità dei QR code con mappe dell'ospedale;

Azione 4) Miglioramento dell'orientamento delle partorienti, tramite segnali chiari e facilmente individuabili, che altrimenti arrivano al pronto soccorso pediatrico in situazioni di emergenza anziché presso l'accettazione ginecologica.

Azione 5) Organizzazione di una formazione specifica per gli operatori del PS sugli aspetti amministrativi, in particolare il pagamento delle prestazioni e la gestione delle tessere sanitarie scadute, specie quelle degli stranieri. I partecipanti al gruppo propongono di stilare una lista degli argomenti di cui sento il bisogno di formarsi e lo presenteranno ai ricercatori che provvederanno a organizzare uno o due incontri informativi con un rappresentante esperto del CUP dell'ospedale.

Azione 6) Raccolta sistematica di lamentele su percorsi non chiari. Si propone di lasciare in sala d'attesa moduli per la valutazione dei servizi, così da raccogliere più facilmente le segnalazioni relative all'orientamento. Gli infermieri potranno invitare i familiari a compilare il modulo quando emergono difficoltà, disponendo così di elementi concreti da presentare alla Direzione Sanitaria per richiedere eventuali miglioramenti dei percorsi. La discussione delle problematiche emerse durante i gruppi di lavoro è stata condivisa con i responsabili del reparto (coordinatore infermieristico e primario). Inoltre, laddove vi erano priorità da affrontare che richiedevano il supporto e l'intervento di figure professionali diverse da quelle del team del pronto soccorso, i ricercatori hanno provveduto a contattare le strutture interessate. In particolare, poiché le criticità emerse sull'orientamento richiedono interventi organizzativi e modifiche strutturali, le azioni

relative all'orientamento sono state condivise con la Direzione Sanitaria e sono attualmente oggetto di un tavolo di lavoro dedicato, finalizzato a definirne modalità e tempi di attuazione.

3.6.5 Azioni prioritarie identificate sulla base di raccolte dati precedenti OLAPH

Nell'ambito dello studio OLAPH sono stati considerati anche i risultati di raccolte dati condotte in reparti precedentemente coinvolti, come chirurgia ginecologica e chirurgia pediatrica. Sulla base di bisogni informativi emersi dall'utenza si è deciso di rivedere e semplificare i moduli informativi consegnati al momento del prericovero in questi due contesti, applicando lo strumento PEMAT sia per la valutazione sia per la riformulazione dei materiali, così da renderli più semplici, chiari, e meglio organizzati.

3.7 Risultati Fase 3.

3.7.1 Azioni implementate

Lo studio è attualmente in corso e la terza fase riguarda l'implementazione operativa delle azioni co-progettate nei reparti coinvolti. Le attività già realizzate e pienamente riconducibili alla Fase 3 includono:

- la realizzazione della formazione sul campo per 15 professionisti del Pronto soccorso, focalizzata sul miglioramento della comunicazione orale e scritta con l'utenza, e sull'applicazione di strategie comunicative efficaci nei diversi momenti dell'assistenza;
- la produzione e distribuzione di 54 materiali anatomici plastificati, raffiguranti strutture corporee femminili e pediatriche, utilizzati dai mediatori culturali e dal personale del Pronto soccorso per facilitare le spiegazioni ai caregiver;
- la semplificazione del consenso informato per l'analgesia epidurale e del consenso informato del Nido, riformulati in linguaggio chiaro in collaborazione con i professionisti responsabili;
- la redazione di un opuscolo semplificato sui LEA relativi alla gravidanza, per supportare l'orientamento delle donne alle prestazioni gratuite e ai servizi disponibili;
- semplificazione dei fogli informativi consegnati nei prericoveri di chirurgia pediatrica e chirurgia ginecologica, attraverso l'adozione del PEMAT (Shoemaker et al., 2014) per migliorarne chiarezza, leggibilità e struttura;
- la programmazione delle traduzioni dei materiali informativi prodotti, per cui sono già stati allocati fondi dedicati dalla ricerca scientifica dell'istituto; le versioni multilingue saranno realizzate nel corso del 2026;

- l'inserimento della proposta, tra i fabbisogni formativi del Piano Formativo Aziendale dell'ospedale per il 2026, della formazione residenziale intitolata: "Comunicazione interculturale e cura inclusiva: competenze e sfide per contrastare le disuguaglianze di salute", con l'obiettivo generale di: favorire lo sviluppo delle competenze comunicative interculturali necessarie a garantire una cura inclusiva e culturalmente sensibile, promuovendo l'uso appropriato e integrato dei mediatori culturali per ridurre le barriere comunicative e prevenire le disuguaglianze di salute nei diversi contesti sanitari. L'evento è stato pensato aperto anche a pubblico esterno ed una partecipazione fino a 100 persone.
- La vincita del bando ProMIS, che ha messo a disposizione 10.000 euro per sostenere le attività di formazione e disseminazione dei risultati attraverso la realizzazione del congresso;
- la realizzazione del congresso dedicato all'alfabetizzazione sanitaria, svoltosi il 12 settembre 2025, di cui i dettagli sono riportati nel paragrafo 3.8.1.

Realizzazione del congresso "Promuovere equità attraverso interventi di alfabetizzazione sanitaria personale e organizzativa: dalle politiche comunitarie alla situazione nazionale e regionale"

Il congresso si è svolto il 12 settembre 2025 a Trieste, presso il Generali Convention Center, organizzato dall'IRCCS Burlo Garofalo in collaborazione e con il patrocinio dell'Università degli Studi di Firenze. L'evento ha posto al centro il tema HL personale e organizzativa come leva per migliorare equità, sicurezza e qualità dell'assistenza.

Hanno partecipato 115 persone, rappresentando un'ampia varietà di profili clinici, tecnici e amministrativi.

Il convegno si è aperto con i saluti istituzionali del Direttore Scientifico prof. Massimo Zeviani, della dott.ssa Raffaella Dobrina e della prof.ssa Chiara Lorini. La lectio magistralis di Kristine Sørensen ha definito la HL come un diritto umano, mentre il prof. Guglielmo Bonaccorsi ne ha evidenziato il ruolo di determinante di salute con ricadute anche economiche. La prima sessione ha approfondito il rapporto tra HL e sicurezza delle cure con il prof. Silvio Brusaferrò che ha richiamato il tema dell'infodemia; il dott. Marco Del Riccio ha illustrato la Vaccine Literacy come strumento per migliorare l'adesione vaccinale. La seconda sessione ha offerto una prospettiva europea: il dott. Luigi Palmieri ha presentato i dati del network M-POHL; il dott. Mattia Peradotto la guida europea per promuovere l'HL a livello organizzativo; la prof.ssa Dušanka Krajnović un'esperienza di OHL nelle farmacie comunitarie serbe. La terza sessione ha valorizzato esperienze italiane: la prof.ssa Lorini ha richiamato l'importanza di riconoscere i livelli di HL dei pazienti; il

dott. Enrico Scarpis ha presentato il progetto Patient Academy; la dott.ssa Dobrina (la dottoranda autrice di questa tesi) e la prof.ssa Lazzerini hanno illustrato i progetti di OHL sviluppati al Burlo. La locandina dell'evento è riportata in Appendice 6. La diffusione del convegno è stata assicurata attraverso i canali istituzionali del Burlo (sito, social media, newsletter) e tramite la pagina web del Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Firenze dedicata al laboratorio HeLiLab, garantendo una ricaduta informativa anche oltre il pubblico presente.

CAPITOLO 4. DISCUSSIONE

Lo studio OLAPH è stato realizzato attraverso un processo partecipativo di ricerca-azione orientato allo sviluppo dell'OHL in un ospedale materno-infantile. L'approccio OPHELIA, già adottato in diversi contesti internazionali per generare soluzioni sostenibili e contestualizzate (Aaby et al., 2020a; Laing et al., 2020), ha consentito di strutturare un percorso sistemico che ha integrato analisi dei bisogni di utenza e professionisti, coinvolgimento degli stakeholder e co-progettazione di interventi informati dalle diverse prospettive. Tale metodologia si è dimostrata particolarmente adatta ai contesti complessi come quelli materno-infantili, dove la comunicazione efficace con i caregiver assume un ruolo centrale nella qualità e sicurezza dell'assistenza (Rosenfeld et al., 2023). In questo processo, il sostegno della direzione sanitaria e il coinvolgimento interdisciplinare dei professionisti hanno rappresentato facilitatori chiave, favorendo la legittimazione del progetto, l'adesione ai momenti partecipativi e l'avvio concreto delle azioni di miglioramento, in linea con le evidenze internazionali sullo sviluppo della OHL (Pelizzari et al., 2025).

In Italia, nonostante la crescente attenzione verso la HL come determinante di salute e come responsabilità organizzativa (Quaglio et al., 2017; Lorini et al., 2025), le esperienze di promozione e implementazione strutturata della OHL rimangono limitate e concentrate sulla fase di rilevazione dei bisogni informativi o dell'implementazione di interventi sui pazienti e la loro HL personale (Zanobini et al., 2020). L'applicazione completa di un processo partecipativo e multifase in un ospedale materno-infantile, come nel caso di OLAPH, rappresenta pertanto una delle poche esperienze documentate nel contesto nazionale, contribuendo a colmare un gap rilevante nella letteratura italiana su questo tema..

L'analisi integrata dei dati quantitativi e qualitativi ha evidenziato pattern ricorrenti di bisogni comunicativi e di orientamento, coerenti con la letteratura internazionale che identifica nella complessità informativa, nella frammentazione dei percorsi e nelle differenze linguistiche e culturali barriere all'accesso equo ai servizi sanitari (Pelizzari et al., 2025). In particolare, sono emerse criticità nella comprensione delle informazioni fornite in fase di dimissione, nella gestione della documentazione sanitaria e nell'orientamento all'interno dei servizi, soprattutto per caregiver con livelli di HL limitata o con background linguistico-culturale non italiano. I risultati confermano la vulnerabilità dell'utenza con limitata HL in ambito materno-infantile e una

responsività organizzativa non sempre adeguata, con possibili ricadute sulla salute di donne e bambini (Rosenfeld et al., 2023).

I risultati del presente studio, coerenti con la natura della ricerca-azione partecipativa, non si esauriscono nella descrizione dei bisogni, ma si concretizzano principalmente nel cambiamento organizzativo avviato attraverso processi partecipativi di co-progettazione degli interventi. La ricerca ha quindi prodotto esiti sotto forma di azioni condivise e, in parte, già implementate, orientate al miglioramento della HL organizzativa. Tali azioni si collocano pienamente nel solco della letteratura, che indica come maggiormente efficaci gli interventi multilivello in grado di integrare dimensioni organizzative, formative, comunicative e culturalmente competenti (Aaby et al., 2020; Beauchamp et al., 2017; Hayward et al., 2020; Rosenfeld et al., 2023), quali la semplificazione e traduzione multilingue dei consensi informati e dei materiali informativi per i prericoveri, il rafforzamento delle competenze comunicative e di HL dei professionisti, l'introduzione di pratiche culturalmente competenti e l'ottimizzazione dei processi di orientamento dell'utenza nei servizi ad alta intensità assistenziale.

Tali cambiamenti costituiscono di per sé un risultato rilevante della ricerca, considerando che lo studio è tuttora in corso. Gli effetti a più lungo termine delle azioni implementate non sono stati oggetto di una misurazione sistematica in questa fase, ma potranno essere valutati in una fase successiva secondo quanto suggerito dalla letteratura (Aaby et al., 2020a; Aaby et al., 2020b). In particolare, potranno essere considerati indicatori candidati di outcome quali la soddisfazione dei professionisti nella comunicazione con l'utenza, la percezione del carico comunicativo e una maggiore fluidità dei processi comunicativi, soprattutto in contesti ad alta intensità come il pronto soccorso. Tra questi esiti rientrano, ad esempio, una riduzione delle richieste ripetitive di chiarimento da parte di pazienti e caregiver e una diminuzione delle interruzioni delle attività assistenziali legate a bisogni di orientamento nei servizi. Su un orizzonte temporale più lungo, potrà essere esplorata la frequenza di rientri in pronto soccorso per problematiche non adeguatamente risolte, come possibile indicatore indiretto di miglioramento della comunicazione e dell'orientamento. La valutazione di tali outcome rappresenta pertanto una prospettiva di sviluppo futuro della ricerca.

Nel complesso, lo studio OLAPH conferma il potenziale di un approccio partecipativo e sistemico, ispirato al modello OPHELIA, nel tradurre bisogni informativi e comunicativi latenti in azioni organizzative condivise e contestualizzate, in contesti complessi come quello materno-infantile.

Limiti dello studio

Il presente studio presenta alcuni limiti che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, l'implementazione del processo di ricerca-azione e degli interventi di OHL non è avvenuta in modo uniforme in tutti i reparti coinvolti: mentre alcuni contesti hanno adottato strumenti condivisi per il miglioramento della comunicazione scritta (ad esempio l'utilizzo del PEMAT), solo una parte dei servizi, in particolare il pronto soccorso, ha completato il percorso nelle sue diverse fasi, per quanto ancora in corso, inclusa la formazione strutturata dei professionisti. Nello studio non è stato effettuato un calcolo della dimensione campionaria, in quanto lo studio non era finalizzato a produrre stime rappresentative, ma a supportare una valutazione diagnostica organizzativa funzionale alle successive fasi del processo OPHELIA e della ricerca-azione partecipativa. Coerentemente con quanto dichiarato nei metodi, la partecipazione volontaria potrebbe aver introdotto un potenziale non-response bias e una maggiore adesione da parte dei professionisti più sensibili ai temi della HL, con possibili implicazioni per la trasferibilità dei risultati.

Un ulteriore limite riguarda l'assenza, nella fase attuale, di una valutazione quantitativa degli outcome su pazienti, caregiver e professionisti. In linea con la natura della ricerca-azione, lo studio si è concentrato prioritariamente sull'identificazione condivisa dei bisogni e sull'avvio di cambiamenti organizzativi; la misurazione degli effetti a medio e lungo termine richiederà disegni di studio longitudinali dedicati.

Pur non essendo orientato alla generalizzabilità statistica, lo studio fornisce tuttavia indicazioni trasferibili a contesti materno-infantili con caratteristiche organizzative analoghe, descrivendo processi, leve di implementazione e facilitatori utili allo sviluppo della OHL in contesti complessi.

CAPITOLO 5. CONCLUSIONI

Lo studio OLAPH dimostra come un approccio di ricerca-azione partecipativa, ispirato al modello OPHELIA, possa rappresentare una strategia efficace per avviare lo sviluppo della OHL in un ospedale materno-infantile. Attraverso l'integrazione di dati quantitativi e qualitativi e il coinvolgimento attivo di professionisti e stakeholder, la ricerca ha permesso di identificare bisogni comunicativi e organizzativi rilevanti e di tradurli in azioni condivise e contestualizzate.

I risultati evidenziano il valore del processo di co-progettazione come leva di cambiamento organizzativo, capace di promuovere maggiore consapevolezza tra i professionisti rispetto alle vulnerabilità legate alla HL e di orientare interventi multilivello in linea con le evidenze internazionali. In questo senso, OLAPH contribuisce ad arricchire il panorama delle esperienze italiane di implementazione della OHL e offre indicazioni utili per lo sviluppo di politiche e pratiche orientate a una comunicazione più equa, accessibile e sicura nei servizi sanitari materno-infantili.

BIBLIOGRAFIA

- Aaby, A., Palner, S., & Maindal, H. T. (2020a). Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework. *Health literacy research and practice*, 4(1), e79–e83. <https://doi.org/10.3928/24748307-20200129-01>
- Aaby, A., Simonsen, C. B., Ryom, K., & Maindal, H. T. (2020b). Improving Organizational Health Literacy Responsiveness in Cardiac Rehabilitation Using a Co- Design Methodology: Results from The Heart Skills Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 1015. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031015>
- Aaronson, N. L., Joshua, C. L., & Boss, E. F. (2018). Health literacy in pediatric otolaryngology: A scoping review. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 113, 252–259. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.08.013>
- Adsul, P., Wray, R., Gautam, K., Jupka, K., Weaver, N., & Wilson, K. (2017). Becoming a health literate organization: Formative research results from healthcare organizations providing care for undeserved communities. *Health services management research*, 30(4), 188–196. <https://doi.org/10.1177/0951484817727130>
- Baur, C., Maybury, C., Rosenfeld, L., & Richey, L. (2024). The Influence of Dr. Rima Rudd's Organizational Health Literacy Scholarship in Maryland. *Health literacy research and practice*, 8(3), e151–e158. <https://doi.org/10.3928/24748307-20240814-01>
- Beauchamp, A., Batterham, R. W., Dodson, S., Astbury, B., Elsworth, G. R., McPhee, C., Jacobson, J., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2017). Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia). *BMC public health*, 17(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4147-5>
- Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J. L., & Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation science : IS*, 13(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>
- Bonaccorsi, G., Romiti, A., Ierardi, F., Innocenti, M., Del Riccio, M., Frandi, S., Bachini, L., Zanobini, P., Gemmi, F., & Lorini, C. (2020). Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2508. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072508>

- Brach C. Keller D. Hernandez L. M. Baur C. Parker R. Dreyer B. Schillinger D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. Retrieved from National Academy of Sciences website: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
- Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C, Cifuentes M, Albright K, West, DR. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition. (Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus under Contract No. HHSA290200710008, TO#10.) AHRQ Publication No. 15-0023-EF. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.
- Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., & Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization? - a scoping review on organizational health literacy. *BMC health services research*, 21(1), 664. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>
- Carroll, A. R., Johnson, J. A., Stassun, J. C., Greevy, R. A., Mixon, A. S., & Williams, D. J. (2024). Health Literacy-Informed Communication to Reduce Discharge Medication Errors in Hospitalized Children: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 7(1), e2350969. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.50969>
- Charoghchian Khorasani, E., Tavakoly Sany, S. B., Tehrani, H., Doosti, H., & Peyman, N. (2020). Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators. *International journal of environmental research and public health*, 17(20), 7544. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207544>
- Cocchieri, A., Pezzullo, A. M., Cesare, M., De Rinaldis, M., Cristofori, E., & D'Agostino, F. (2024). Association between health literacy and nursing care in hospital: A retrospective study. *Journal of clinical nursing*, 33(2), 642–652. <https://doi.org/10.1111/jocn.16899>
- Council of Europe. (2023). Guide to health literacy to foster trust and equitable access to healthcare. Retrieved from <https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-to-health-literacy>
- Damsted Rasmussen, T., Fredsted Villadsen, S., Hansen, A. V., Mortensen, L. H., Ekstrøm, C. T., Jervelund, S. S., & Nybo Andersen, A. M. (2023). Effectiveness evaluation of an antenatal care intervention addressing disparities to improve perinatal outcomes in Denmark: A nationwide register-based analysis of a cluster randomised controlled trial (MAMAACT). *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 130(7), 759–769. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17404>

- Del Giudice, P., Bravo, G., Poletto, M., De Odorico, A., Conte, A., Brunelli, L., Arnoldo, L., & Brusaferro, S. (2018). Correlation Between eHealth Literacy and Health Literacy Using the eHealth Literacy Scale and Real-Life Experiences in the Health Sector as a Proxy Measure of Functional Health Literacy: Cross-Sectional Web-Based Survey. *Journal of medical Internet research*, 20(10), e281. <https://doi.org/10.2196/jmir.9401>
- DiMeo, A., Karlage, A., Schoenherr, K., Spigel, L., Chakraborty, S., Bazan, M., & Molina, R. L. (2023). Cultural brokering in pregnancy care: A critical review. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 163(2), 357–366. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15063>
- Dobrina, R., Petrucci, C., Brunelli, L., Cassone, A., Bicego, L., Ronfani, L., Orzan, E., Di Castro, V., Di Rocco, P., Colautti, M., Borzacchiello, P., Danielli, E., Stampalija, T., Casolino, M., Starec, A., Dal Cin, M., Dante, A. (2023). The Participatory Methodology Adopted to Develop an mHealth App as an Educational Tool to Promote Organizational Health Literacy at a Maternal and Child Health Hospital. In: Kubincová, Z., Caruso, F., Kim, Te., Ivanova, M., Lancia, L., Pellegrino, M.A. (eds) *Methodologies and Intelligent Systems for Technology Enhanced Learning, Workshops – 13th International Conference. MIS4TEL 2023. Lecture Notes in Networks and Systems*, vol 769. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-42134-1_24
- Fereidouni, Z., Sabet Sarvestani, R., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). Moving Into Action: The Master Key to Patient Education. *The journal of nursing research : JNR*, 27(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000280>
- Guetterman, T. C., & Feters, M. D. (2018). Two methodological approaches to the integration of mixed methods and case study designs: A systematic review. *American Behavioral Scientist*, 62(7), 900–918. <https://doi.org/10.1177/0002764218772641>
- Hayward, B., Sinclair, S., Martin-Babin, M., Villa, L., & Madell, D. (2020). Creating Health Literate Consumer Resources: Insights from a Professional Development Program. *Health literacy research and practice*, 4(3), e185–e189. <https://doi.org/10.3928/24748307-20200806-01>
- Istituto superiore di sanità. (2017). NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA Cosa cambia nelle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale per la gravidanza e a tutela della maternità. Indicazioni a sostegno dei professionisti sanitari. A cura di: Istituto Superiore di Sanità, Direzione Generale della prevenzione sanitaria, Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei ed internazionali – Ufficio II. Finito di stampare ad aprile 2017.

- Kaper, M. S., Sixsmith, J., Reijneveld, S. A., & de Winter, A. F. (2021). Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11906. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211906>
- Kasten MJ, Berman AC, Ebright AB, Mitchell JD, Quirindongo-Cedeno O. Interpreters in Health Care: A Concise Review for Clinicians. *Am J Med*. 2020 Apr;133(4):424-428.e2. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.12.008. Epub 2020 Jan 11.
- Kuhlmann, E., Lotta, G., Dussault, G., Falkenbach, M., & Correia, T. (2024). The workforce crisis in healthcare: Moving the debate to bridge evidence and policy. *The International journal of health planning and management*, 39(3), 607–613. <https://doi.org/10.1002/hpm.3792>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Laing, R., Thompson, S. C., Elmer, S., & Rasiah, R. L. (2020). Fostering Health Literacy Responsiveness in a Remote Primary Health Care Setting: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2730. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082730>
- Lorini, C., Santomauro, F., Grazzini, M., Mantwill, S., Vettori, V., Lastrucci, V., Bechini, A., Boccacini, S., Bussotti, A., & Bonaccorsi, G. (2017). Health literacy in Italy: a cross-sectional study protocol to assess the health literacy level in a population-based sample, and to validate health literacy measures in the Italian language. *BMJ open*, 7(11), e017812. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017812>
- Lorini, C., Palmieri, L., Unim, B., Zimmitti, S., Lunetta, C., Biagi, C., Toccafondi, F., Zanobini, P., Iadevaia, S., Cacciuttolo, M. G., Lombardo, C., Marcozzi, B., Ancona, A., Paladini, A., Galeone, D., Specchia, M. L., & Bonaccorsi, G. (2025). Insights into organizational health literacy in Italian hospitals: findings from the M-POHL network project. *Health promotion international*, 40(4), daaf137. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaf137>
- Naccarella, L., Biuso, C., Jennings, A., & Patsamanis, H. (2019). Improving access to important recovery information for heart patients with low health literacy: reflections on practice-based initiatives. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 43(3), 323–327. <https://doi.org/10.1071/AH17270>
- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered

- nurses and assistant nurses. *BMC health services research*, 20(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8>
- Oelschlegel, S., Grabeel, K. L., Tester, E., Heidel, R. E., & Russomanno, J. (2018). Librarians Promoting Changes in the Health Care Delivery System through Systematic Assessment. *Medical reference services quarterly*, 37(2), 142–152. <https://doi.org/10.1080/02763869.2018.1439216>
 - Osborne, R. H., Elmer, S., Hawkins, M., & Cheng, C. (2021). The Ophelia manual: The Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process to plan and implement National Health Literacy Demonstration Projects. Centre for Global Health and Equity, School of Health Sciences, Swinburne University of Technology, Melbourne, Australia.
 - Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., & Paakkari, L. (2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian journal of public health*, 44(8), 751–757. <https://doi.org/10.1177/1403494816669639>
 - Pelizzari, N., Covolo, L., Ceretti, E., Fiammenghi, C., & Gelatti, U. (2025). Defining, assessing, and implementing organizational health literacy: barriers, facilitators, and tools - a systematic review. *BMC health services research*, 25(1), 599. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12775-w>
 - Proudfoot, K. (2022). Inductive/Deductive Hybrid Thematic Analysis in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 17(3), 308-326. <https://doi.org/10.1177/15586898221126816> (Original work published 2023)
 - Quaglio, G., Sørensen, K., Rübig, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T., Dinca, I., Peetso, T., Kadenbach, K., & Dario, C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health promotion international*, 32(6), 1074–1080. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw028>
 - Richtering, S. S., Hyun, K., Neubeck, L., Coorey, G., Chalmers, J., Usherwood, T., Peiris, D., Chow, C. K., & Redfern, J. (2017). eHealth Literacy: Predictors in a Population With Moderate-to-High Cardiovascular Risk. *JMIR human factors*, 4(1), e4. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.6217>
 - Rosenfeld, L. E., McCullagh, K., King, C. J., Torres, M., & Litt, J. S. (2023). Organizational Health Literacy as a Tool for Health Equity: Application in a High-Risk Infant Follow-Up Program. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(10), 1658. <https://doi.org/10.3390/children10101658>
 - Sharma RK, Cowan A, Gill H, Miyagawa LA. Understanding the Role of Caseworker-Cultural Mediators in Addressing Healthcare Inequities for Patients with Limited-English Proficiency: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2023 Apr;38(5):1190-1199. doi: 10.1007/s11606-022-07816-7. Epub 2022 Sep 29.

- Shoemaker, S. J., Wolf, M. S., & Brach, C. (2014). Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): a new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient education and counseling*, 96(3), 395–403. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.027>
- Spigel L, Bazan M, Karlage A, Schoenherr K, DiMeo A, Chakraborty S, Molina RL. Cultural Brokering in Pregnancy Care: A Qualitative Study. *Birth*. 2025 Apr 18;10.1111/birt.12922. doi: 10.1111/birt.12922.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC health services research*, 17(1), 513. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2465>
- Unaka, N., Statile, A., Jerardi, K., Dahale, D., Morris, J., Liberio, B., Jenkins, A., Simpson, B., Mullaney, R., Kelley, J., Durling, M., Shafer, J., & Brady, P. (2017). Improving the Readability of Pediatric Hospital Medicine Discharge Instructions. *Journal of hospital medicine*, 12(7), 551–557. <https://doi.org/10.12788/jhm.2770>
- Vaughn, L. M., & Jacquez, F. (2020). Participatory Research Methods – Choice Points in the Research Process. *Journal of Participatory Research Methods*, 1(1). <https://doi.org/10.35844/001c.13244>
- Velasco, V., Gragnano, A., Gruppo Regionale HBSC Lombardia 2018, Vecchio, L.P: (2021). Health Literacy Levels among Italian Students: Monitoring and Promotion at School. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 19, 9943. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199943>
- Vindrola-Padros, C., & Johnson, G. A. (2020). Rapid Techniques in Qualitative Research: A Critical Review of the Literature. *Qualitative health research*, 30(10), 1596–1604. <https://doi.org/10.1177/1049732320921835>

- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of clinical epidemiology*, 61(4), 344–349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
- Yang JY, Lee H, Zhang Y, Lee JU, Park JH, Yun EK. (2016) The Effects of Tonsillectomy Education Using Smartphone Text Message for Mothers and Children Undergoing Tonsillectomy: A Randomized Controlled Trial. *Telemed J E Health*. Nov;22(11):921-928.
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A., & Stuckler, D. (2019). Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Social science & medicine* (1982), 240, 112552. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552>
- World Health Organization (2016) Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization (2017). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health promotion international*, 32(1), 7–8. (outdated DOI) Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development
- World Health Organization. Regional Office for Europe, Bakker, Mark Matthijs, Putrik, Polina, Aaby, Anna, Debussche, Xavier. et al. (2019). Acting together – WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDPs) address health literacy needs in the European Region. *Public health panorama*, 5 (2-3), World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/327059>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization (2022) Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 4. Case studies from WHO National Health Literacy Demonstration Projects. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization (2024). Health literacy. WHO Fact Sheet. Last accessed: 15.04.2025. retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
- Zanobini, P., Lorini, C., Baldasseroni, A., Dellisanti, C., & Bonaccorsi, G. (2020). A Scoping Review on How to Make Hospitals health Literate Healthcare Organizations. *45 International journal of environmental research and public health*, 17(3), 1036. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031036>

Appendice 1. Questionario HLHO-10 per professionisti

Il concetto di *health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) nasce dall'idea che politiche e interventi sanitari avanzati possano risultare poco efficaci se la popolazione non è in grado di comprendere e utilizzare pienamente le informazioni ricevute. La *Health literacy* comprende, quindi, la capacità delle persone di accedere, capire e applicare le informazioni sanitarie per migliorare la propria salute. Oggi l'attenzione non è rivolta solo ai fattori individuali, ma anche agli aspetti organizzativi del Servizio Sanitario ovvero sulla capacità di una organizzazione sanitaria di presentarsi il più possibile come "user-friendly" e contemporaneamente di migliorare l'*health literacy* individuale, con il fine ultimo di ottimizzare l'efficacia delle sue politiche di salute. Da qui nasce il concetto di *Health Literate Health Care Organization* (HLHO) o *Organizational Health Literacy*.

Questo questionario, composto da 10 domande, ha lo scopo di valutare in che misura l'organizzazione sanitaria presso cui lavori si può definire una HLHO e quali aspetti potrebbero essere migliorati. La compilazione è anonima. Ti preghiamo di indicare il tuo grado di accordo/disaccordo rispetto alle affermazioni successive, riferendoti alla struttura presso cui presti servizio.

- 1.** La direzione della struttura nella quale lavori prende in considerazione esplicitamente il tema della *health literacy* (nella mission, nella pianificazione delle risorse umane, ...)

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente e in disaccordo	3 Lievemente e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabil e
-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

- 2.** La *health literacy* è considerata fra gli indicatori di qualità nella gestione della struttura nella quale lavori

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente in disaccordo	3 Lievemente in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabil e
-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

- 3.** La comunicazione di informazioni sanitarie nella struttura in cui lavori viene effettuata coinvolgendo anche i pazienti

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialment e in disaccordo	3 Lievement e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabil e
-------------------------------------	--	--------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

- 4.** Nella struttura in cui lavori le comunicazioni sanitarie vengono realizzate ad personam in caso di necessità

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente e in disaccordo	3 Lievemente e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabile
-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

- 5.** Esistono nella struttura modalità di comunicazione comunemente utilizzate per fare in modo che i pazienti comprendano completamente le informazioni necessarie (es. traduttori, possibilità di ricontattare la struttura per ulteriori domande...)

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente e in disaccordo	3 Lievemente e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabile
-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

- 6.** La struttura cerca di fare in modo che gli utenti siano in grado di orientarsi e muoversi all'interno della struttura senza problemi (cartellonistica, staff dedicato)

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente e in disaccordo	3 Lievemente e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabile
-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

- 7.** Le informazioni vengono rese disponibili ai pazienti attraverso mezzi diversi (cartellonistica, grafici, video...)

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente e in disaccordo	3 Lievemente e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabile
-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

- 8.** Ci si assicura che i pazienti abbiano realmente compreso tutto ciò che viene loro comunicato, in particolare modo in condizioni critiche (es. farmaci, medicazioni, consenso informato)

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente e in disaccordo	3 Lievemente e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabile
-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

- 9.** La comunicazione riguardo le forme di pagamento o co-pagamento delle prestazioni è espressa in maniera chiara e comprensibile

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente e in disaccordo	3 Lievemente e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabile
-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

- 10.** Il personale della struttura in cui lavori è formato sul tema della *health literacy*

1 Completamente in disaccordo	2 Parzialmente e in disaccordo	3 Lievemente e in disaccordo	4 Indeciso	5 Lievemente d'accordo	6 Parzialmente d'accordo	7 Completamente d'accordo	Non so/non applicabile
-------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Gentile partecipante, ora ti chiediamo di fornirci qualche dato demografico e professionale

1) Quanti anni hai? Anni compiuti: _____	2) Quale è il tuo sesso ? ☐ Maschio ☐ Femmina
3) Qualifica professionale: ☐ medico ☐ infermiere ☐ ostetrica ☐ psicologo ☐ professioni tecnico-sanitarie ☐ professioni sanitarie della riabilitazione ☐ altro	
4) Anni passati dal conseguimento della laurea di base (es. anni passati dalla Laurea triennale in Infermieristica o dalla Laurea in medicina) ☐ < 5 ☐ tra 5 e 10 ☐ tra 10 e 15 ☐ tra 15 e 20 ☐ > 20 anni	5) Ruolo (indicare quello più rilevante nelle proprie attività) ☐ Clinico ☐ Manageriale (coordinatore; direttore di struttura) ☐ Amministrativo ☐ Front-office ☐ Altro
5) Reparto in cui lavori: ☐ Chirurgia pediatrica ☐ Clinica pediatrica ☐ Sala parto ☐ PMA ☐ Ginecologia ☐ Oncologia ☐ Pronto soccorso ☐ Ostetricia/Nido ☐ Complesso operatorio ☐ Terapia intensiva pediatrica/adulti ☐ Terapia intensiva neonatale ☐ Sala prelievi ☐ Ambulatori ostetricia/ginecologia ☐ Ambulatori day hospital pediatrico ☐ Uffici amministrativi ☐ Altro	
6) Anni di lavoro presso il reparto/struttura in cui lavori ora? ☐ < 5 ☐ tra 5 e 10 ☐ tra 10 e 15 ☐ tra 15 e 20 ☐ > 20 anni	7) Anni di lavoro presso l'IRCCS Burlo Garofolo? ☐ < 5 ☐ tra 5 e 10 ☐ tra 10 e 15 ☐ tra 15 e 20 ☐ > 20 anni

*Questionario tratto da:

Bonaccorsi, G., Romiti, A., Ierardi, F., Innocenti, M., Del Riccio, M., Frandi, S., Bachini, L., Zanobini, P., Gemmi, F., & Lorini, C. (2020). Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2508.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17072508>

Appendice 2. Guida all'intervista per caregiver e raccolta dati sociodemografica

GUIDA ALL'INTERVISTA

Per proporre l'intervista:

Ciao! Mi chiamo XXX e sono un/a infermiere/a

So che fra poco andate a casa. Stiamo facendo delle domande a tutti i pazienti ed i loro genitori che escono dall'ospedale per vedere se le cose che abbiamo detto, le informazioni che abbiamo dato o le domande che abbiamo fatto erano facili da capire e se vi siete sentiti ascoltati.

Quello che ci dite, anche le cose che non facciamo bene, ci aiuta a capire come possiamo migliorare e aiutare meglio altre famiglie che come voi vengono qui per farsi curare.

Vuole rispondere anche lei a qualche domanda?

Domande dell'intervista

Le farò qualche domanda. Si senta libero di rispondere. Sentiti libero di rispondere. Se ci sono delle cose che non le sono piaciute durante il tempo in ospedale, la prego di dircele così possiamo migliorarci. Questa intervista sarà mantenuta anonima. Adesso le farò qualche domanda.

-Mi vuole raccontare perché siete venuti qui in ospedale?

-Vi hanno aiutato?

-Vi hanno spiegato cosa facevano per curarvi?

-Mi interessa sapere se le cose che vi hanno detto i medici o gli infermieri erano facili da capire.

-C'è stato qualcosa per lei difficile da capire di quello che vi dicevano?

-Ad esempio: le domande che vi hanno fatto le ha capite? Ha capito quello che vi domandavano?

-O quando facevano delle cose per curare suo figlio, hanno spiegato bene cosa facevano?

-Avrebbe voluto che spiegassero meglio quello che stavano facendo?

-Le hanno spiegato come procedere le cure a casa (se necessario) Ha capito cosa le hanno detto?

-Saprebbe dirmi quanto si sente soddisfatto delle spiegazioni che le hanno dato su una scala da 0 a 10 dove 0 è per niente soddisfatto e 10 è soddisfatto al massimo?

-Voleva sapere qualcosa di più di quello che vi hanno detto?

-Ha fatto delle domande per sapere più cose?

-Le hanno risposto quando ha fatto delle domande?

-Si è sentito ascoltato quando ha fatto delle domande?

-Sapresti dirmi quanto ti sei sentito ascoltato su una scala da 0 a 10 dove 0 è per niente ascoltato e 10 è ascoltato al massimo?

-Ora che tornate a casa, [a seconda della patologia che ha il paziente] si senti tranquillo con le indicazioni che le hanno dato medici e infermieri ? Sente che avreste bisogno di qualche informazione in più prima del rientro a casa?

-Vi hanno fatto fare delle scelte? Anche piccole...[aspettare risposta e poi in caso aggiungere: Sul modo di curare il problema o sulle cose da fare qui in ospedale?]

-Ha qualche consiglio da darci per migliorare il nostro modo di dare informazioni?

Grazie molte, Abbiamo finito. Quello che ci ha detto oggi potrà aiutarci a migliorare.

Questionari PER **PAZIENTI ADULTI** e **GENITORI DI FIGLI di ANNI 5-11**

Codice _____

QUESTIONARIO DATI SOCIODEMOGRAFICI genitore/caregiver o paziente adulto

Gentile partecipante, ti chiediamo di rispondere alle seguenti domande		
1. Quanti anni hai? Anni compiuti: _____	2. Quale è il tuo sesso ? ☐ Maschio ☐ Femmina	3. La tua lingua madre è: ☐ Italiano ☐ Altro (specificare) _____
4. Qual è il livello più alto di scolarità da te ottenuto? ☐ scuola primaria ☐ scuola secondaria di I° grado ☐ scuola secondaria di II° grado ☐ Università	5. Condizione lavorativa/studio ☐ Occupato ☐ Studente ☐ Altro	6. Lavori o studi nel settore della salute? ☐ Si ☐ No
7. Usi internet per cercare informazioni sulla salute (tua o di tuo/a figlio/a)? ☐ Si ☐ No	8. (solo se hai risposto SI alla domanda precedente): Con che frequenza usi internet per cercare informazioni sulla salute? ☐ Non più di 5/6 volte l'anno ☐ Non più di 3/4 volte l'anno ☐ Una volta al mese ☐ Una volta a settimana ☐ Diverse volte a settimana	
9. Usi i social per cercare informazioni/consigli su aspetti legati alla salute? ☐ Si ☐ No	10. (solo se hai risposto SI alla domanda precedente): Con che frequenza usi i social per motivi legati alla salute? ☐ Non più di 5/6 volte l'anno ☐ Non più di 3/4 volte l'anno ☐ Una volta al mese ☐ Una volta a settimana ☐ Diverse volte a settimana	
11. Quale è il motivo/problema/patologia che ti ha portato in ospedale? (in breve)		
SOLO PER GENITORI: Ora ti chiediamo di rispondere alle seguenti domande su TUO/A FIGLIO/A che partecipa allo studio:		
1. Quanti anni ha tuo/a figlio/a? Anni compiuti: _____	2. Quale è il sesso di tuo/a figlio/a? ☐ Maschio ☐ Femmina	3. La sua lingua madre è: ☐ Italiano ☐ Altro (specificare) _____
4. Reparto/ambulatorio in cui siete ora: ☐ pronto soccorso pediatrico ☐ clinica pediatrica ☐ ambulatori ginecologia (es. diagnosi prenatale, PMA) ☐ ginecologia ☐ nido ☐ day hospital pediatrico ☐ centro prelievi ☐ chirurgia pediatrica ☐ Terapia intensiva neonatale (TIN) ☐ terapia intensiva		

☐ Altro

Ora ti chiediamo di compilare il questionario HLS-EU-Q16 che va a esplorare quanto riesci a comprendere le informazioni sanitarie nella vita di ogni giorno. Segui le istruzioni nella tabella. (Se non sai come rispondere, apponga una crocetta nella casella “Non so”).

Affermazioni	Assegna con una X su un valore numerico nella casella corrispondente alla tua esperienza				
Secondo te quanto è difficile...	Molto difficile	Abbastanza difficile	Abbastanza facile	Molto facile	(Non so)
1. ...trovare informazioni sui trattamenti delle malattie che ti riguardano?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...identificare dove trovare personale sanitario quando sei malato/a?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...capire cosa ti dice il tuo medico?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...capire le istruzioni del tuo medico o del tuo farmacista su come assumere un farmaco che ti è stato prescritto?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...giudicare quando è necessaria una seconda opinione da parte di un altro medico?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ...usare le informazioni che il medico ti fornisce per prendere delle decisioni a proposito della tua malattia?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...seguire le istruzioni del tuo medico o del tuo farmacista	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...trovare informazioni su come gestire problemi di salute mentale, come lo stress o la depressione?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ...capire avvertenze per la salute riguardanti comportamenti come fumare, fare poca attività fisica e bere troppo alcool?	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...capire perché è necessario sottoporsi agli screening (come mammografia, PAP test, ricerca di sangue occulto nelle feci, determinazione glicemia,	☐	☐	☐	☐	☐

Affermazioni	Assegna con una X su un valore numerico nella casella corrispondente alla tua esperienza				
Secondo te quanto è difficile...	Molto difficile	Abbastanza difficile	Abbastanza facile	Molto facile	(Non so)
misurazione della pressione sanguigna)					
11. ...giudicare se le informazioni sui rischi per la salute riferite dai mezzi di comunicazione siano attendibili?	☐	☐	☐	☐	☐
12. ...decidere come puoi proteggerti da una malattia basandosi sulle informazioni riferite dai media?	☐	☐	☐	☐	☐
13. ...identificare attività che fanno bene al benessere mentale?	☐	☐	☐	☐	☐
14. ...capire consigli da parte di familiari o amici riguardo alla salute?	☐	☐	☐	☐	☐
15. ...capire le informazioni riferite dai mezzi di comunicazione su come migliorare il tuo stato di salute?	☐	☐	☐	☐	☐
16. ...giudicare quali comportamenti quotidiani hanno un impatto sulla tua salute?	☐	☐	☐	☐	☐

Ora ti chiediamo di compilare il questionario IT-eHEALS che esplora la tua capacità di usare Internet per trovare informazioni sulla tua salute o quella di tuoi famigliari. Segui le istruzioni nella tabella:

Affermazioni	Assegna con una X su un valore numerico nella casella corrispondente alla tua esperienza				
Assegna un valore da 1= in completo disaccordo, a 5= completamente d'accordo alle seguenti affermazioni	1 (in completo disaccordo)	2	3	4	5 (completamente d'accordo)
1. So come trovare informazioni utili riguardanti la salute in Internet	1	2	3	4	5
2 So come utilizzare Internet per trovare	1	2	3	4	5

risposte alle mie domande sulla salute					
3. So quali informazioni riguardanti la salute sono disponibili in Internet	1	2	3	4	5
4. So dove trovare informazioni utili riguardanti la salute in Internet	1	2	3	4	5
5. So come utilizzare le informazioni riguardanti la salute trovate in Internet per aiutarmi	1	2	3	4	5
6. Ho le competenze necessarie per valutare le informazioni riguardanti la salute che trovo in Internet	1	2	3	4	5
7. Sono in grado di distinguere informazioni riguardanti la salute di alta qualità da quelle di bassa qualità presenti in Internet	1	2	3	4	5
8. Mi sento sicuro/a nell'utilizzare informazioni ottenute da Internet per prendere decisioni riguardanti la salute	1	2	3	4	5

Questionari tratti da:

- Del Giudice, P., Bravo, G., Poletto, M., De Odorico, A., Conte, A., Brunelli, L., Arnoldo, L., & Brusaferrò, S. (2018).

Correlation Between eHealth Literacy and Health Literacy Using the eHealth Literacy Scale and Real-Life Experiences in the Health Sector as a Proxy Measure of Functional Health Literacy: Cross-Sectional Web-Based Survey. *Journal of medical Internet research*, 20(10), e281. <https://doi.org/10.2196/jmir.9401>

- Lorini C, Santomauro F, Grazzini M, Mantwill S, Vettori V, Lastrucci V, Bechini A, Boccalini S, Bussotti A, Bonaccorsi G.

Health literacy in Italy: a cross-sectional study protocol to assess the health literacy level in a population-based sample, and to validate health literacy measures in the Italian language. *BMJ Open*. 2017 Nov 14;7(11):e017812.

Appendice 3. Guida all'intervista per minori e raccolta dati sociodemografica

Questa appendice contiene:

1. La guida all'intervista per minori (anni 5-11)
2. La guida all'intervista per minori (anni 12-17)
3. Raccolta dati sociodemografica per adolescenti (12-17)

1. GUIDA ALL'INTERVISTA PER MINORI (ANNI 5-11)

Per proporre l'intervista:

Ciao! Mi chiamo XXX e sono un/a infermiere/a. Tu come ti chiami?

So che fra poco vai a casa. Stiamo facendo delle domande a tutti i bambini e le bambine che escono dall'ospedale per vedere se le cose che abbiamo detto o le domande che abbiamo fatto erano facili da capire, e se vi siete sentiti ascoltati.

Quello che ci dite, anche le cose che non facciamo bene, ci aiuta a capire come possiamo migliorare e aiutare meglio altri bambini che come te vengono qui per farsi curare.

[dire il nome del bambino es. Marco, ...] Vuoi rispondere anche tu a qualche domanda?

Se alla tua mamma va bene [o al tuo papà, dipende da chi è presente] allora fra un po' iniziamo, Anche a la tua mamma o al tuo papa che è qui con te, se lo vorrà, faremo le stesse domande.

Domande dell'intervista (da adattare all'età dei bambini):

Bene ora possiamo incominciare e ti farò qualche domanda. Sentiti libero di rispondere. Se ci sono delle cose che non ti sono piaciute durante il tempo in ospedale, ti prego di dircele così possiamo migliorarci. Non verrà fatto il tuo nome

-Mi vuoi raccontare perché sei dovuto venire qui in ospedale? Cosa è successo?

-Ti hanno aiutato?

-Ti hanno spiegato cosa facevano per aiutarti/ curarti?

- Mi interessa sapere se le cose che ti hanno detto i medici o gli infermieri erano facili da capire.
- Le cose che ti hanno detto i medici o gli infermieri erano facili da capire? [sia se risponde sì o no- chiedere, mi spieghi meglio, magari con un esempio?]
- [farsi dire sia di medici sia degli infermieri, se gli ha distinti]
- C'è stato qualcosa per te difficile da capire di quello che ti dicevano?
- O quando ti facevano delle cose per curarti, ti hanno spiegato bene cosa ti facevano? Ad esempio quando ti hanno visitato...Ti hanno spiegato cosa ti facevano? Ti hanno spiegato perché lo facevano? -Quando ti hanno dato una medicina, ti hanno spiegato a cosa serviva?
- Volevi che ti spiegassero meglio quello che ti stavano facendo? [adeguare domande al motivo del ricovero]
- Ti hanno spiegato come curarti? Hai capito cosa ti hanno detto?
- Volevi sapere qualcosa di più di quello che ti hanno detto? [aspettare la risposta e poi procedere:
- Hai fatto delle domande per sapere più cose?
- Ti hanno risposto quando hai fatto delle domande?
- Ti sei sentito ascoltato quando hai fatto delle domande? [sia se risponde sì o no- chiedere, mi spieghi meglio?
- Ti hanno fatto fare delle scelte? [aspettare risposta e poi in caso aggiungere: Sul modo di curarti o sulle cose da fare qui in ospedale?]
- Hai qualche consiglio da darci per migliorare il nostro modo di spiegare le cose/dare informazioni?

Abbiamo finito.

Grazie molte, il tuo aiuto potrà aiutarci a migliorare le cure per tanti altri bambini.

2. GUIDA ALL'INTERVISTA PER MINORI (ANNI 12-17)

Per proporre l'intervista:

Ciao! Mi chiamo XXX e sono un/a infermiere/a[o studente infermiera...]. Tu come ti chiami?

So che fra poco vai a casa. Stiamo facendo delle domande a tutti i ragazzi e le ragazze che escono dall'ospedale per vedere se le cose che abbiamo detto, le informazioni che abbiamo dato o le domande che abbiamo fatto erano facili da capire e se vi siete sentiti ascoltati.

Quello che ci dite, anche le cose che non facciamo bene, ci aiuta a capire come possiamo migliorare e aiutare meglio altri ragazzi che come te vengono qui per farsi curare.

[dire il nome del ragazzo es. Marco, ...] Vuoi rispondere anche tu a qualche domanda?

Se alla tua mamma va bene [o al tuo papà, dipende da chi è presente] allora fra un po' iniziamo. Dopo ti chiederò se puoi anche compilare un breve questionario. [se rifiuta di compilare il questionario, almeno facciamo l'intervista]

Anche alla tua mamma o al tuo papà che è qui con te, se lo vorrà, faremo le stesse domande.

Domande dell'intervista (adattare la formulazione delle domande in base all'età dell'adolescente)

Bene possiamo incominciare l'intervista, ti farò qualche domanda. Sentiti libero di rispondere. Se ci sono delle cose che non ti sono piaciute durante il tempo in ospedale, ti prego di dircele così possiamo migliorarci. Non verrà fatto il tuo nome [questo se non avete già detto quando date il foglio di consenso da firmare]

Adesso vorrei farti qualche domanda.

-Mi vuoi raccontare perché sei dovuto venire qui in ospedale? Cosa è successo?

-Ti hanno aiutato?

-Ti hanno spiegato cosa facevano per curarti?

-Mi interessa sapere se le cose che ti hanno detto i medici o gli infermieri erano facili da capire.

[per farlo/a parlare di più se non parla, chiedi:, mi spieghi meglio, magari con qualche esempio]?

[fate la domanda specifica, per medici e infermieri]

-C'è stato qualcosa per te difficile da capire di quello che ti dicevano?

[se un ragazzo ha difficoltà a rispondere, procedere con le seguenti domande, una alla volta:

-Ad esempio: le domande che ti hanno fatto le hai capite? Hai capito quello che ti domandavano?

[sia se risponde sì o no- chiedere, mi spieghi meglio?

-O quando ti facevano delle cose per curarti, ti hanno spiegato bene cosa ti facevano? Ad esempio quando ti hanno visitato...Ti hanno spiegato cosa ti facevano? Ti hanno spiegato perché lo facevano? -Quando ti hanno misurato la pressione, o Quando ti hanno dato una medicina, ti hanno spiegato a cosa serviva? [adeguare domande al motivo del ricovero]

-Volevi che ti spiegassero meglio quello che ti stavano facendo?

-O quando ti curavano ([ad esempio, se è per questo che era in ospedale] una ferita? Te lo hanno spiegato? [Per aiutare il ragazzo a rispondere, legare le domande al motivo del ricovero e a quello che possono aver fatto in ospedale]

-Ti hanno spiegato come curarti? Hai capito cosa ti hanno detto?

-Sapresti dirmi quanto ti senti soddisfatto delle spiegazioni che ti hanno dato su una scala da 0 a 10 dove 0 è per niente soddisfatto e 10 è soddisfatto al massimo?

-Volevi sapere qualcosa di più di quello che ti hanno detto? [aspettare la risposta e poi procedere:

-Hai fatto delle domande per sapere più cose?

-Ti hanno risposto quando hai fatto delle domande?

-Ti sei sentito ascoltato quando hai fatto delle domande? [sia se risponde sì o no- chiedere, mi spieghi meglio?

-Sapresti dirmi quanto ti sei sentito ascoltato su una scala da 0 a 10 dove 0 è per niente ascoltato e 10 è ascoltato al massimo?

- Ora che torni a casa, [a seconda della patologia che ha il paziente] ti senti tranquillo con le indicazioni che ti hanno dato medici e infermieri ? Senti che avresti bisogno di qualche informazione in più prima del tuo rientro a casa?

- Ti hanno fatto fare delle scelte quando eri qui? Anche piccole...[aspettare risposta e poi in caso aggiungere: Sul modo di curarti o sulle cose da fare qui in ospedale?]

- Hai qualche consiglio da darci per migliorare il nostro modo di dare informazioni?

Grazie molte, Abbiamo finito. Quello che ci hai detto oggi potrà aiutarci a migliorare.

3. RACCOLTA DATI SOCIODEMOGRAFICA E HL PER RAGAZZI ANNI 12-17

Gentile partecipante, ti chiediamo di rispondere alle seguenti domande:

1. Quanti anni hai? Anni compiuti: _____	2. Quale è il tuo sesso? ☐ Maschio ☐ Femmina	3. La tua lingua madre è: ☐ Italiano ☐ Altro (specificare) _____
4. Usi internet per motivi/cercare informazioni legati alla salute? ☐ Si ☐ No	5. (solo se hai risposto SI alla domanda precedente): Con che frequenza usi internet per motivi legati alla salute? ☐ Non più di 5/6 volte l'anno ☐ Non più di 3/4 volte l'anno ☐ Una volta al mese ☐ Una volta a settimana ☐ Diverse volte a settimana	
6. Usi i social per cercare informazioni/consigli su aspetti legati alla salute? ☐ Si ☐ No	5. (solo se hai risposto SI alla domanda precedente): Con che frequenza usi i social per motivi legati alla salute? ☐ Non più di 5/6 volte l'anno ☐ Non più di 3/4 volte l'anno ☐ Una volta al mese ☐ Una volta a settimana ☐ Diverse volte a settimana	
7. Quale è il motivo/problema/patologia che ti ha portato in ospedale? (in breve)		
8. Reparto/ambulatorio in cui siete ora: ☐ pronto soccorso pediatrico ☐ clinica pediatrica ☐ ambulatori ginecologia (es. diagnosi prenatale, PMA) ☐ ginecologia ☐ nido ☐ day hospital pediatrico ☐ centro prelievi ☐ chirurgia pediatrica ☐ Terapia intensiva neonatale (TIN) ☐ terapia intensiva ☐ Altro		

Ora ti chiediamo di rispondere al seguente questionario. **Tra le seguenti possibilità di risposta, scegli quella che descrive meglio la tua opinione:**

Sono sicuro che...	Per niente vera	Non molto vera	Abbastanza vera	Decisamente vera
...ho buone informazioni riguardanti la salute	☐	☐	☐	☐
...quando necessario sono in grado di suggerire idee su come migliorare la salute nelle mie immediate vicinanze (ad es. in famiglia, con gli amici, nelle zone vicine a me)	☐	☐	☐	☐
...sono in grado di confrontare informazioni sulla salute che provengono da fonti differenti	☐	☐	☐	☐
...sono in grado di seguire le istruzioni datemi da personale medico (ad es. infermiere, medico, pediatra)	☐	☐	☐	☐
...sono in grado di dare facilmente degli esempi di cose che promuovono salute	☐	☐	☐	☐
...sono in grado di valutare come le mie azioni influenzano il contesto naturale che mi circonda	☐	☐	☐	☐
... quando serve, trovo informazioni sulla salute che per me sono facili da capire	☐	☐	☐	☐
... sono in grado di valutare come il mio comportamento influisce sulla mia salute	☐	☐	☐	☐
... di solito sono in grado di capire se alcune informazioni sulla salute sono giuste o sbagliate	☐	☐	☐	☐
... sono in grado di motivare le scelte che faccio in merito alla mia salute	☐	☐	☐	☐

Questionario tratto da:

- Velasco, V.; Gragnano, A.; Gruppo Regionale HBSC Lombardia 2018; Vecchio, L.P. Health Literacy Levels among Italian Students: Monitoring and Promotion at School. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 9943.

Appendice 4. Guida ai focus group per professionisti

Domande:

-Secondo la vostra esperienza, sapete dirmi quali sono le informazioni e indicazioni che i pazienti/caregiver fanno più fatica a comprendere/ricordare/usare riguardo a iter, tempi, diagnosi, procedure che fate, terapie che somministrate e istruzioni alla dimissione?

-Avete riscontrato casi in cui un paziente ha avuto problemi di salute a causa di una scarsa comprensione delle informazioni sanitarie ricevute in precedenza?

-Potete farmi qualche esempio di problemi nel vostro flusso di lavoro che hanno creato le persone a causa del fatto che non hanno capito qualcosa?

-Avreste qualche idea per migliorare questi aspetti? Quali sono le pratiche specifiche che il vostro reparto potrebbe adottare per rafforzare l'esperienza di paziente/familiare con scarsa alfabetizzazione sanitaria?

-Sentite a volte di aver bisogno di qualche strategia o materiale di supporto in più per aiutare le persone a capire meglio/ricordare meglio quanto gli dite o facilitarvi il lavoro? Su quali argomenti/contenuti pensate che ciò potrebbe essere utile?

Appendice 5. Locandina del congresso



IRCCS Burlo
Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



ProMIS
PROGRAMMA MATTEONE
INTERNAZIONALE SALUTE



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE**

Promuovere equità attraverso interventi di alfabetizzazione sanitaria personale e organizzativa

dalle politiche comunitarie alla situazione nazionale e regionale

L'alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy, HL) è un fattore determinante della salute e ha un impatto diretto sull'utilizzo e sui costi dei servizi, sui comportamenti degli utenti e sui loro esiti di salute. In Italia una persona su due ha un livello limitato di HL.

L'attenzione sarà posta su politiche ed interventi concreti di alfabetizzazione sanitaria, personale e organizzativa, considerati strumenti chiave per favorire l'equità e migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari nelle realtà nazionali e regionali.

Lo scopo del congresso è diffondere politiche e pratiche, nazionali ed europee, inerenti allo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria personale ed organizzativa evidenziando l'impatto che hanno nel garantire equità nell'accesso alle cure.

Il congresso si colloca nel quadro delle politiche europee per la salute, facendo riferimento all'iniziativa comunitaria "Comunicazione in salute", priorità tematica della programmazione ProMIS 2024.

TRIESTE, 12 settembre 2025

"Generali Convention Center" - Sala Ernesto Illy

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Online consultando il catalogo ECM FVG al link <https://ecm.sanita.fvg.it/ecm/catalogo>

Dopo aver trovato il corso tramite i menù a tendina inserendo solo il periodo di inizio attività e l'ente organizzatore, cliccare il pulsante "Vai su TOM" che compare a destra del corso.

Si accettano iscrizioni fino ad esaurimento dei posti disponibili e non oltre le ore 24:00 di due giorni prima dell'evento.

Codice del corso: **IRCBG_25103**

Partecipanti: **205 posti**

INFORMAZIONI ECM

Il congresso è stato accreditato per 205 partecipanti appartenenti a tutte le professioni sanitarie

Crediti ECM assegnati: 1,2



Obiettivo nazionale: n.35
Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica; normativa in materia sanitaria; principi etici e civili del S.S.N. con acquisizione di nozioni tecnico-professionali.

TRADUZIONI

Gli interventi dei relatori stranieri verranno tradotti in italiano.

8:30
9:00
9:15
9:45
10:00
10:15
10:30
10:45
11:00
11:30
11:45
12:00
12:15
12:30
13:00
13:15

Registrazione dei partecipanti

Apertura evento e saluti istituzionali
Dott.ssa Raffaella Dobrina - IRCCS Materno Infantile "Burlo Garofolo"
Prof.ssa Chiara Lorini - Università degli Studi di Firenze
Prof. Massimo Zeviani - IRCCS Materno Infantile "Burlo Garofolo"

Letture magistrali: Health literacy is a human right concern TRADOTTO IN ITALIANO
Dott.ssa Kristine Sørensen - Global Health Literacy Academy, Danimarca

Introduzione. L'alfabetizzazione sanitaria come determinante della salute e dell'equità di accesso alle cure e cost effectiveness
Prof. Guglielmo Bonaccorsi - Università degli Studi di Firenze, Network M-POHL

I SESSIONE - Health literacy e rischio clinico
Moderatore: Prof. Luca Arnoldo - Università degli Studi di Udine, ASU FC

Politiche sanitarie all'indomani dell'emergenza COVID-19 e infodemia
Prof. Silvio Brusaferrò - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Definire e misurare la vaccine literacy: implicazioni per la sanità pubblica
Dott. Marco del Riccio - Università degli Studi di Firenze

II SESSIONE - Europa: policies ed interventi di Organizational Health Literacy
Moderatore: Prof.ssa Chiara Lorini - Università degli Studi di Firenze

Health literacy in Europa: il network Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)
Dott. Luigi Palmieri - Istituto Superiore di Sanità, Network M-POHL

La guida all'alfabetizzazione sanitaria del Consiglio d'Europa
Dott. Mattia Peradotto - Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali - Presidenza del Consiglio dei Ministri

Coffee break

Organizational health literacy responsiveness in community pharmacies in Serbia TRADOTTO IN ITALIANO
Prof.ssa Dušanka Krajnović - Università di Belgrado

DISCUSSIONE

III SESSIONE - Regioni: esperienze ed interventi di Organizational Health Literacy
Moderatore: dott.ssa Luana Sandrin - Regione autonoma FVG

I professionisti sanitari conoscono il livello di health literacy dei loro pazienti? Risultati di uno studio fiorentino
Prof.ssa Chiara Lorini - Università degli Studi di Firenze, Network M-POHL

Progetto Patient Academy: Progetto condiviso tra l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, la Rete Cure Sicure FVG della Direzione Centrale Salute, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Friuli Centrale, l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale e l'Università degli Studi di Udine
Dott. Enrico Scarpis - Direzione centrale salute FVG, integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia

L'alfabetizzazione sanitaria organizzativa in un ospedale materno infantile - i progetti AreaBurlo, OLAPH e EPINICU
Dott.ssa Raffaella Dobrina - IRCCS Materno Infantile "Burlo Garofolo"
Prof.ssa Marzia Lazzarini - Centro collaboratore dell'OMS per la salute materno infantile presso l'IRCCS Materno Infantile "Burlo Garofolo"

DISCUSSIONE

Chiusura lavori

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Raffaella Dobrina¹
Chiara Lorini²

COMITATO SCIENTIFICO

Guglielmo Bonaccorsi²
Marco Del Riccio²
Giulia Galvani¹
Marco Tempesta¹
Silvana Schreiber¹
Andrea Cassone¹
Giada Ferrari¹
Martina Debelli¹
Fulvia Vascotto¹

1 - IRCCS Burlo Garofolo, Trieste
2 - Università degli Studi di Firenze

Evento realizzato con il contributo del
Programma Matteone Internazionale Salute - ProMIS Programmazione 2023-2025

Con il patrocinio di:



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE**