



Educare alla salute, all'aderenza all'uso dei farmaci e alle raccomandazioni scientifiche

Education to Health, adherence to use of therapies and to scientific recommendations

Sabrina Grigolo

Università degli Studi di Torino – sabrina.grigolo@unito.it

ABSTRACT

The Health has been considered at the center of public interest during the international health pandemic and, because of this, the need to change its paradigm, meaning it not «only the absence of disease and a complete state of biopsychosocial well-being» but considering it in a broader relationship with animals, nature and the environment as part of a single whole. Thus a greater awareness of the interdependence between living beings and the possible repercussions on our and others' health emerges. The World Health Organization recommends scientific communication, education for awareness and the assumption of responsibility in terms of well-being and well-living as elements of an enabling approach that bases its foundations on an integrated and interdisciplinary transformative ecosystem.

La pandemia sanitaria internazionale ha messo al centro dell'interesse pubblico la salute e la conseguente necessità di modificare il suo paradigma, intendendola non “solo assenza di malattia e completo stato di benessere biopsicosociale” ma considerandola in una relazione più ampia con gli animali, la natura e l'ambiente come parte di un unico insieme. Emerge così una maggiore consapevolezza dell'interdipendenza fra gli esseri viventi e le possibili ricadute sulla nostra e altrui salute. Il *World Health Organisation* raccomanda la comunicazione scientifica, l'educazione alla consapevolezza e all'assunzione di responsabilità in tema di ben-essere e ben-vivere come elementi di un approccio capacitante che fonda le sue basi su un ecosistema trasformativo integrato e interdisciplinare.

KEYWORDS

Health, One Health, Capacity Approach, Educating Ecosystem.

Salute, One Health, Approccio Capacitante, Ecosistema Educatore.

1. Introduzione

Negli ultimi due anni abbiamo vissuto gli effetti della pandemia sanitaria da COVID19. Le restrizioni alle nostre libertà individuali, seppur basate su evidenze scientifiche, hanno contribuito a modificare la nostra quotidianità, le nostre abitudini, i nostri gesti. Ai più non era chiaro il significato del termine “emergenza sanitaria internazionale da pandemia”. Per tutto il periodo del *lockdown*, ogni giorno assistevamo alla pubblicazione di numeri che tentavano di leggere un fenomeno complesso come quello che stavano vivendo. Contemporaneamente, la ricerca medica ha prodotto, in breve tempo, nuovi vaccini e terapie contro la Sars Cov2 supportando reti di centri di ricerca internazionali e realizzando sperimentazioni cliniche nel pieno rispetto dell'efficacia, della qualità e della sicurezza di nuove terapie, grazie a ingenti investimenti.

Le conseguenze delle restrizioni e delle raccomandazioni sulla coscienza collettiva determina una riflessione sul paradigma della salute che diventa, dunque, non solo assenza di malattia e stato di completo benessere biopsicosociale ma, in un'accezione più ampia e inserita all'interno di un contesto più generale, relazione di ben-essere tra e con individui, animali e clima. I principi di Manhattan “*One world, One health*” (2004) ribadiscono, infatti, l'importanza di responsabilizzare le persone e tutti i settori della società a riconoscere il legame essenziale tra la salute dell'uomo e della donna, degli animali domestici e della fauna selvatica, e la minaccia che le malattie rappresentano per gli esseri viventi, per le loro scorte di cibo e per le loro economie. Questo in un quadro complessivo in cui tutti abbiamo bisogno di ambienti sani e di ecosistemi funzionanti. Capua (2021, p.17) afferma, infatti, che la salute è risorsa altamente interdependente, *multistakeholder* e componente essenziale di tutti gli ecosistemi.

Alla tutela della salute nella relazione *One Health*, si va affiancando il principio di solidarietà con cui misuriamo la nostra capacità di costruire e sviluppare le relazioni in quanto consapevoli dell'interdipendenza fra gli esseri viventi e delle possibili ricadute della tutela della salute di ognuno sulla salute degli altri. Forte è il richiamo, quindi, alla responsabilità individuale nel seguire comportamenti corretti di protezione del contagio a cui si aggiunge il “dovere”, almeno morale, della responsabilità collettiva in capo allo Stato e alle Istituzioni nel non creare nuove disuguaglianze (Comitato di Bioetica, 2020). La stessa responsabilità si traduce non solo nella prevenzione delle malattie infettive di origine virale come il Covid19, ma anche di quelle croniche, a decorso progressivo che si manifestano con sintomi premonitori e che, se individuati precocemente, consentono una diagnosi e terapie efficaci.

Pensare la responsabilità come correlata ai concetti di relazionalità e di limite consente il passaggio dalla dimensione individuale a quella sociale-collettiva: oggi più che mai la responsabilità di ciascuno si esprime nel tener conto di come le proprie azioni influenzino non solo i prossimi ma anche chi ci è lontano geograficamente e chi ancora deve nascere (Comitato di Bioetica, 2020).

Scopo di questo articolo è di descrivere la necessità di intervenire con percorsi di educazione terapeutica anche personalizzati al fine di contribuire positivamente nel migliorare il livello di aderenza alla terapia e alle raccomandazioni.

2. *Preparedness* come azione educante per la protezione della salute

Sviluppare una coscienza collettiva sulla salute diventa prioritario quando si affronta la fase della *preparedness* in caso di emergenze e catastrofi. Assumiamo la

definizione riportata nell'editoriale dell'*American Journal of Public Health* che, nel 2007, affermava che *Public Health Emergency Preparedness* (PHEP) è la capacità dei sistemi sanitari e della sanità pubblica, delle comunità e degli individui, di prevenire, proteggere, rispondere rapidamente e riprendersi dalle emergenze sanitarie, in particolare quelle la cui portata, tempismo o imprevedibilità minacciano di sovrappassare le capacità di routine. Viene richiamata l'educazione come quel processo educativo in grado di co-costruire con le persone un sapere contestualizzato, dove poter sperimentare direttamente l'appreso e valutarne l'efficacia e la correttezza (Nelson, 2007).

Il *World Health Organisation* (2019) parla di "*preparedness*" in caso di minacce e di emergenze sanitarie in catastrofi ambientali quali terremoti, uragani, tsunami, esplosioni vulcaniche includendo le pandemie da infezioni trasmissibili. Già nel 2005, gli Stati membri avevano convenuto all'unanimità di "sviluppare, rafforzare e mantenere la capacità di rispondere prontamente ed efficacemente ai rischi per la salute pubblica e alle emergenze di salute pubblica di interesse internazionale". Nel piano strategico globale per migliorare la preparazione e la risposta della salute pubblica 2018–2023, il *World Health Organisation* riconosce l'interdipendenza tra la preparazione alle emergenze sanitarie e la salute attraverso il rafforzamento dei sistemi e delle funzioni essenziali di salute pubblica contribuendo al raggiungimento dell'impegno globale incluso negli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile 2030.

La *preparedness* pone le basi sull'assunzione di responsabilità di ciascuna persona e sul prendersi cura degli altri (to care). Non solo "cura" nelle emergenze sanitarie ma anche nelle sfide sociali dell'ultimo secolo in cui viene posta una particolare attenzione alla cronicità, all'invecchiamento sano e attivo. Si delinea il concetto di "salute circolare", una salute di tutti e di ciascuno come dipendente anche dalla tutela dell'ambiente "naturale" e dal benessere degli animali. Capua (2021 pag. 19) invita ad espandere il concetto di *One health* per aiutare le persone a riscoprire l'essenza della circolarità della salute.

3. Tutelare la salute tra diritto individuale e interesse della collettività

L'art. 32 della Costituzione Italiana indica il diritto alla salute come fondamentale per l'individuo e interesse della collettività. In alcune condizioni eccezionali, prevale l'interesse della collettività rispetto al diritto individuale alla salute poiché le stesse comunità rappresentano come quel "tutto" che non è solo la somma delle singole parti. Ne consegue che la salute non è solo un diritto fondamentale ma un dovere che richiama ciascuno di noi ad assumere le proprie responsabilità sulle decisioni prese richiamando i principi di solidarietà e di precauzione.

Emerge sempre più la necessità di sostenere percorsi educativi di alfabetizzazione sanitaria in una logica di *lifelong learning* in grado di sviluppare una coscienza comunitaria in tema di salute e capace di aiutare le persone a prendere le migliori decisioni per sé, per gli altri e per l'ambiente in senso più allargato. Attuale è il dibattito sulla medicina scolastica in grado non solo di offrire interventi di educazione alla salute, ma anche di comprensione dello stretto rapporto esistente tra salute, ambiente e clima.

Negli USA, ad esempio, è stato approvato il Programma *Health People 2030* che riconosce alla sanità pubblica americana un ruolo strategico nella tutela della salute e che si concretizza su due livelli diversi ma interconnessi:

- Alfabetizzazione sanitaria individuale (*health literacy*): finalizzata all'acquisizione di abilità nel trovare, capire e usare le informazioni per la salute

- Alfabetizzazione sanitaria organizzativa: quando le organizzazioni rendono capaci le persone di trovare, capire e usare le informazioni e i servizi in modo equo, al fine di prendere le migliori decisioni legate alla propria salute e a quella degli altri

L'alfabetizzazione sanitaria individuale favorisce, dunque, la capacità di prendere le decisioni per la propria e altrui salute e appare come una competenza fondamentale per la vita quotidiana di ciascuno di noi. Saper individuare le informazioni corrette e scientificamente valide si affianca all'*health literacy* come *skill* di base per una corretta performance individuale e comunitaria in grado, anche, di contrastare il fenomeno dell'infodemia.

World Health Organisation (2022) indica l'infodemia come la situazione in cui c'è un surplus di informazioni, comprese quelle false o fuorvianti negli ambienti digitali e fisici durante un'epidemia di malattia. Con la crescente digitalizzazione che ha determinato un'espansione dei social media e dell'uso di Internet, le informazioni possono diffondersi più rapidamente provocando confusione e comportamenti a rischio che possono danneggiare la salute. L'infodemia porta anche alla sfiducia nelle autorità sanitarie e mina la risposta della salute pubblica, può intensificare o prolungare i focolai quando le persone non sono sicure di ciò che devono fare per proteggere la propria salute e la salute delle persone che li circondano.

La Commissione Europea (2020) si è pronunciata sulla necessità di gestire l'infodemia: un intervento efficace richiede un'attività di ascolto della domanda di informazione delle comunità, la promozione della comprensione del rischio attraverso il coinvolgimento di esperti di sanità pubblica, la costruzione di una coscienza resiliente alla disinformazione e la responsabilizzazione delle comunità ad intraprendere azioni positive per ostacolare l'alimentarsi del fenomeno. La comunicazione e la formazione rivestono un ruolo fondamentale nello sviluppo della coscienza collettiva intorno alla salute di cui oggi si sente particolarmente il bisogno.

4. Educare alla salute, all'aderenza all'uso dei farmaci e alle raccomandazioni

Nel 1946 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute "non solo l'assenza di malattia ma lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Non coincide solo con l'attività sanitaria, non è solamente questione "naturale", biologica e organica, ma è soprattutto "culturale" nella misura in cui una persona, cresciuta in un determinato ambiente, sviluppa competenze e capacità di auto-gestione del proprio e altrui ben-essere e ben-vivere. Ed è in questo contesto interdisciplinare che l'intervento educativo, in una visione olistica e in nell'approccio biopsicosociale, ha l'obiettivo di rendere il cittadino responsabile della propria e altrui salute in un contesto di circolarità in cui si inserisce anche la Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità.

Nella relazione diadica chi-ha-cura non può che avere cura di ogni persona nella sua unicità (Mortari, 2006, p.33). Essere oggi portatori di una malattia richiede un livello di partecipazione e di condivisione con le istituzioni diverso rispetto al passato. Ogni persona ha la responsabilità diretta nella prevenzione primaria, ossia nell'adottare stili di vita salubri, nella prevenzione secondaria in quanto può aderire/non aderire a programmi pubblici di diagnosi precoce che possono contribuire al contenimento della spesa che è superiore quando si interviene in stadi più avanzati di patologie (Borgonovi, 2021). Anche grazie a nuove e diverse mo-

dalità di presa in carico della persona che prevede il coinvolgimento attivo dell'intero nucleo familiare come nei modelli previsti dall'Infermieristica di famiglia e di comunità, alla persona affetta da patologie è richiesto un ruolo più attivo. Questo può manifestarsi quando la persona accetta, ad esempio, di entrare nei programmi di diagnosi precoce o segue in modo rigoroso le prescrizioni (aderenza terapeutica). Una revisione sistematica (Haynes, 2008) conclude che se il paziente non segue le prescrizioni dei farmaci correttamente, l'efficacia della terapia diminuisce.

La presa in carico delle persone affette da patologie croniche e da disabilità, parzialmente o totalmente non autosufficienti, richiede un ruolo ancor più attivo del caregiver, la persona, cioè, che aiuta il paziente nel suo contesto (Borgonovi, 2021, p.30). Una parte delle attività che si svolgono a casa della persona vengono, infatti, demandati al caregiver attraverso percorsi educativi che coinvolgono medici e infermieri. Nell'assistenza domiciliare, infatti, si incontra il sapere scientifico della medicina e dell'infermieristica e il sapere esperienziale del paziente e del caregiver: costruire un percorso di cura comune rappresenta non solo un incontro tra saperi ma una reciproca conoscenza delle risorse personali, ambientali, professionali con un bilancio sulle rispettive competenze e capacità di cura. I risultati di salute sono valutabili non solo in termini di conoscenze (*expertise*), ma anche di esperienza dei concreti effetti osservabili nella vita quotidiana (*experience*). Ogni persona è diversa dalle altre e pertanto l'effetto di farmaci, il recupero dopo interventi chirurgici e i livelli di funzionalità garantiti da certe tecnologie possono essere misurati non solo sulla base di indicatori espliciti, ma anche sulla base della percezione di benessere di ogni paziente. Queste considerazioni fanno emergere l'esigenza di un ruolo sempre più attivo da attribuire al paziente che viene qualificata come "personalizzazione delle risposte ai bisogni di salute" (Borgonovi, 2021, p.31).

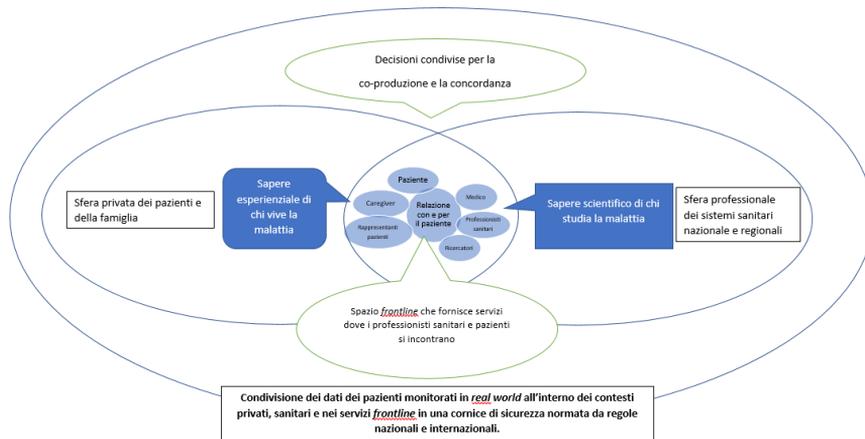
Se è vero che è importante il "valore del paziente", allora occorre modificare l'approccio iniziale: non è il paziente al centro del sistema, ma la relazione di cura tra i diversi attori, perché è questa che produce "valore" (Fig.1). Il paziente è, infatti, parte del sistema di cura alla pari di tutti gli altri attori, perché protagonista e responsabile della sua salute, così come i professionisti sono protagonisti e responsabili delle azioni. A fianco del paziente, possiamo trovare il paziente esperto (figura sviluppatasi negli ultimi anni) e il rappresentante dei pazienti, che collaborano e cooperano con i medici e i professionisti al fine di migliorare continuamente la ricerca, l'offerta e l'erogazione delle cure e produrre, insieme, il "valore" delle catene (Grigolo S. et al, 2021).



Figura 1 Schema rappresentativo del modello di «relazione di cura» estratto da Grigolo S. et al, 2021

Allo schema rappresentativo del modello di “relazione di cura” (fig.1) aggiungiamo l’ambiente (contesto di cura) e si delinea una situazione più complessa composta da livelli diversi: al centro la relazione con e per il paziente, dove si sviluppa l’incontro tra il sapere esperienziale del paziente e del caregiver, e il sapere scientifico tipico dei professionisti sanitari e ricercatori. Più l’incontro tra sapere esperienziale e sapere scientifico si sviluppa in un setting *real world*, più si condividono scelte e decisioni in un ambiente prossimo e vicino a quello vissuto dal paziente nella quotidianità.

Co-produzione: input sono usati per produrre servizi che sono forniti da persone che non sono nella stessa organizzazioni (Hager, et al, 2021)



Grigolo S., 2021

Figura 2 estratto da Calabria et al (2022)

Per quanto riguarda il passaggio dal ruolo passivo al ruolo attivo del paziente, questo lo si può sintetizzare nei seguenti stadi (Borgonovi, 2021, p. 32):

- Paziente destinatario di atti e prestazioni
- Paziente informato che può quindi decidere più razionalmente su ciò che ritiene utile per sé
- Paziente in grado di comprendere e decodificare l’informazione e tutto il processo di comunicazione (patient compliance). Ricordiamo che in un passato non troppo remoto, prima delle ricette elettroniche, era difficile decifrare la scrittura del medico e che comunicare non significa semplicemente far firmare il foglio del consenso informato, ma anche evitare inutili acronimi
- Paziente coinvolto nel processo di diagnosi/cura/riabilitazione in quanto viene convinto dell’importanza della sua partecipazione (patient engagement)
- Paziente dotato di conoscenze nel campo della propria salute che gli consentono una ampia autonomia e responsabilizzazione nel gestire la propria condizione (patient empowerment).

L’evoluzione del ruolo del paziente da passivo ad *engaged ed empowered* nei processi di cura porta con sé la riflessione sulla concordanza e sulla coproduzione per la salute: la fig.2 rappresenta una possibile situazione in cui la relazione medico-paziente produce un livello alto di condivisione delle decisioni sino alla coproduzione dello stesso progetto di cura.

5. Il self-care e l'approccio capacitante

Il sistema educativo e formativo, come parte di un ecosistema capacitante per la salute, contribuisce a costruire le competenze di vita in grado di sostenere le scelte e delle decisioni delle persone, di renderle resilienti e proattive nei momenti critici dell'esistenza. Concetti quali "autoefficacia percepita" e "agency" come capacità di un individuo di far accadere le cose, di intervenire sulla realtà, di esercitare un potere causale attraverso la combinazione di fattori che si influenzano reciprocamente quali elementi personali interni come eventi cognitivi, affettivi e biologici, il comportamento e gli eventi ambientali (Bandura A., 2009; Galeotti G, 2020) possono rappresentare la base dell' *health literacy* diffusa e massiva. La connessione tra soggetto e contesto emerge chiaramente dal *capability approach* formulato da Amartya Sen (2011, 2000), secondo il quale la libertà di scelta e le condizioni contestuali favorevoli possono contribuire allo sviluppo ed al benessere del soggetto. Qui, l'agency individuale insieme al concetto di *functioning* – l'opportunità di raggiungere determinati stati di essere e operare in un dato contesto – definiscono la *capability* di un soggetto, intesa come la capacità di funzionare collegata alle concrete possibilità di accedere a determinati *functionings* combinati. L'agency, dunque, è riferibile non solo alla capacità dell'individuo ma anche alla possibilità contestuale di perseguire e realizzare determinati obiettivi, con una marcata enfasi sulla libertà dello stesso di selezionare l'obiettivo ritenuto rilevante e le modalità più adeguate per raggiungerlo (ibidem). Per questa via, l'agency individuale si collega con il contesto socio-culturale, prospettando un collegamento tra le dimensioni micro e macro del sistema di riferimento (Galeotti G., 2020).

L'agire educativo rende capaci le persone di raggiungere, nell'ambito di un apprendimento trasformativo, competenze metacognitive per il cambiamento ecosistemico (Galeotti G., 2020) attraverso la contestualizzazione, la sperimentazione e la valutazione del cambiamento. Al tempo stesso, rendere trasparente ed evidente il processo educativo secondo un approccio *visible learning* è necessario soprattutto per coloro che possiedono già competenze, capacità, esperienze, aspettative, credenze e significati come, ad esempio, per le persone affette da patologie croniche e in politerapia. L'aderenza alla terapia richiede, infatti, un programma strutturato educativo in grado di conciliare gli effetti terapeutici con lo stile di vita che la persona conduce (Haynes et al, 2008; d'Ivernois et al, 2009).

6. L'educazione terapeutica e il prendersi cura

Secondo Mortari (2006, p.31) afferma che la cura educativa ha la finalità di "mettere l'altro nelle condizioni di provvedere da sé ai propri bisogni, rendendolo capace sia di azioni cognitive, come individuare e stabilire criteri di priorità, sia di azioni concrete per soddisfare bisogni e realizzare obiettivi. La cura educativa può dirsi dunque orientata a promuovere la capacità di aver cura di sé, per essere in grado a propria volta di costituirsi come persone capaci di pratiche di cura per altri. Nel suo significato più generale la cura può essere definita una pratica che mira a procurare il benessere dell'altro e a metterlo nelle condizioni di decidere e di provvedere da sé al proprio ben-essere".

Chi-ha-cura cerca di promuovere il ben-essere dell'altro. Ed è in questo contesto ricco di esperienze che aiutano l'altro a ben-esistere che si profilano tre direzionalità etiche in cui si condensa l'eticità della cura:

- farsi responsabile legato al sapere che ciascuno si trova in una condizione di dipendenza perché mancante d'essere; la presa di coscienza della vulnerabilità dell'altro che fa sentire responsabili (Mortari, 2006 p. 179)
- avere rispetto si ha cura quando si sa salvaguardare la trascendenza dell'altro, ossia quando lo si incontra stando sempre in ritardo rispetto al proprio sé (Mortari 2006, p.187)
- agire in modo donativo: uno scambio d'essere. Impegnarsi in pratiche di cura significa dedicare ad altri tempo ed energie fisiche, emotive e cognitive (Mortari 2006, p.192).

L'educazione alla salute si fonda sul principio che ogni individuo è il principale responsabile del proprio ben-essere, sull'importanza della prevenzione delle complicanze nelle patologie croniche e sulla capacità di self-care riducendo così il ricorso ai professionisti sanitari.

Esiste un termine inglese che ben rappresenta la capacità di affrontare le difficoltà ed è "*to cope*" che implica un andare incontro a qualcosa che comporta difficoltà, rischio; un contrastare le eventuali difficoltà con le proprie forze conservando il proprio valore (Ferraresi et al., 2004).

Il professionista sanitario conosce la forza del *coping* e della resilienza, così come il caregiver informale lo sa nella sua cura quotidiana: pregna non solo di una certa componente di sforzi fisici, ma soprattutto emotivi e cognitivi tipici del *coping* e della stessa resilienza.

La relazione professionista sanitario-paziente contiene al suo interno molti momenti educativi che richiedono specifiche competenze per informare, istruire ed educare le persone ad adottare stili di vita sani e, qualora già affetti da malattie o disabilità, a sviluppare capacità di autocura (Saiani et al, 2013).

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità Regione Europa (1998) l'educazione al paziente dovrebbe permettere, quindi, al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. È finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute, per mantenere e migliorare la propria qualità di vita. Si intende, in altre parole, un "processo intenzionale e consapevole che deve essere ricondotto all'interno di specifici programmi educativi e sostenuto da una metodologia pedagogica rigorosa che si propone di attivare la persona a raggiungere apprendimenti significativi che si traducono in modi di pensare e agire nuovi (Saiani et al., 2013).

Nell'Educazione del Paziente si verifica molto più di una semplice trasmissione di saperi: si tratta di una vera e propria trasmissione di competenze, di un accompagnamento alla presa di decisione, ma anche di una relazione di partenariato tra curante e curato. Il personale sanitario che educa il paziente, abbandona il suo ruolo di curante per avvicinarsi a quello di formatore con la consapevolezza che i pazienti formano un gruppo del tutto eterogeneo sul piano psicologico, sociale, intellettuale e motivazionale.

Albano (2010) ha proposto un quadro concettuale basato sull'approccio sistemico nel quale si succedono le seguenti tappe:

1. L'identificazione dei bisogni reali del paziente attraverso una diagnosi educativa;
2. La negoziazione di obiettivi di apprendimento legati alle competenze che il paziente deve acquisire
3. L'apprendimento da parte del paziente di conoscenze, abilità e tecniche corrispondenti

4. Una valutazione di quello che il paziente sa, dei ragionamenti che ha acquisito, dei gesti di cura e delle tecniche che padroneggia, dei cambiamenti nelle credenze di salute e nella qualità della sua vita (per esempio, la capacità di cogliere segni e sintomi di complicanze cliniche).

Allo stesso tempo si valutano il miglioramento dei parametri clinici (per esempio, la diminuzione delle crisi e dei ricorsi alle urgenze) e la normalizzazione dei risultati degli esami biologici.

Imparare a curarsi significa per il paziente posizionare la sua malattia in rapporto al senso che attribuisce alla sua vita, esprimere i suoi valori e le sue rappresentazioni di salute, oltrepassare le tappe che conducono all'accettazione di una malattia cronica (Albano MG, 2010). In quest'ottica, l'*empowerment* e l'*engagement* dei pazienti e dei *caregiver* verso la *concordance* e lo *shared decision making* può contribuire a migliorare l'efficacia dei processi di prevenzione, di cura e assistenza coerenti con le proprie caratteristiche e il proprio contesto, di generare innovazione in termini di device, di applicazioni digitali, di orientare la ricerca e indicare priorità nei progetti di ricerca (Borroni 2021 p. 31).

7. Riflessioni conclusive

Prendersi cura della propria salute e assumersi le responsabilità in tema di benessere e ben-vivere richiedono percorsi di educazione formale, non formale e informale di *health literacy for One Health*. Personalizzare l'educazione della persona al buon uso della terapia e delle raccomandazioni richiede, dunque, riferimenti teorici, strutture metodologiche e approcci multidisciplinari in grado di rispettare e di comprendere la complessità della cura e della relazione terapeutica.

La cura della propria salute e l'assunzione della responsabilità si sviluppano in un quadro di riferimento teorico basato su un approccio capacitante *lifelong learning* all'interno di un ecosistema finalizzato allo sviluppo delle competenze acquisite in setting formali, non formali e informali. In questo contesto, la relazione educante si sviluppa in una circolarità che nasce dal rispetto di sé e dell'altro, dalla consapevolezza dei propri limiti e delle proprie potenzialità, sino alla comprensione delle ricadute delle nostre scelte e alla capacità di prevenire effetti negativi.

Ci troviamo di fronte a grandi opportunità di ripensare la nostra salute anche attraverso diverse modalità di affrontarla, una delle quali può essere rappresentata dal *thinking-out-of-the-box*, perché pensare fuori dagli schemi può aiutare a trovare percorsi innovati e diversi alle attuali sfide sociali.

Saranno necessari ulteriori studi al fine di comprendere il fenomeno dell'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni per la sua natura complessa e interdisciplinare. La ricerca educativa in sanità presuppone parimenti rigore metodologico e rispetto della persona nella sua unicità.

Riferimenti bibliografici

- Bonaccorsi G., Lorini C. (2021) *L'evoluzione della Health Literacy*, <https://www.saluteinternazionale.info/2021/03/evoluzione-health-literacy/> ultima consultazione 14.02.2022
- Brach, C., & Harris, L. M. (2021). Healthy People 2030 Health Literacy Definition Tells Organizations: Make Information and Services Easy to Find, Understand, and Use. *Journal of general internal medicine*, 36(4), 1084–1085. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06384-y>
- Calabria S., Piccini C., Recchia G., Santoro E., Grigolo S., Martini N., (2022) Applicazioni

- della digital medicine ai PDTA: tassonomia, metodologia, impatto sul paziente e barriere da superare, *Recenti Prog Med*, 113, 105-113 <https://www.recentiproggressi.it/archivio/3748/articoli/37314/>
- Capua I., (2020) *Circular Health. Empowering the One Health Revolution*, Milano: Bocconi University Press
- Commissione Europea (2020) *Comunicazione congiunta al Parlamento Europeo, al Consiglio Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, Contrastare la disinformazione sulla Covid-19 – Guardare ai fatti* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:52020JC0008> ultima consultazione 14.02.2022
- Contributing to One World, One Health – *A Strategic Framework for Reducing Risk of Infectious Diseases at the Animal-Human-Ecosystem Interface*. 14 Oct. 2008. Consultation Document produced by FAO, OIE, WHO, UN System Influenza Coordination, UNICEF, THE WORLD BANK.
- Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità https://www.esteri.it/mae/resource/doc/2016/07/c_01_convenzione_onu_ita.pdf
- d'Ivernois JF, Gagnayre R. (2009) *Educare il paziente. Un approccio metodologico*. New York: McGraw Hill
- Demetrio D. (2001) *Manuale di educazione degli adulti*, Bari: Laterza
- Ferraresi A., Gaiani R., Manfredini M. (2004) *Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni*, Roma: Carocci
- Galeotti G. (2020) *Educazione ed innovazione sociale: l'apprendimento trasformativo nella formazione continua*, Firenze: University Press
- Grigolo S., Agresta I., Mazzariol S., Van Doorne D., Il paziente, la sanità digitale e le terapie digitali, *Tendenze Nuove Numero Speciale* n.1 - 2021; 159-176: DOI: 10.32032/TENDENZENS20210112.PDF
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
- Legge 22 dicembre 2021 n. 227 Delega al Governo in materia di disabilità https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2021-12-30&atto.codiceRedazionale=21G00254&elenco30giorni=true
- Martini N. (2020) L'engagement dei cittadini nella sanità, *Recenti Prog Med* 2020, 111(11):673-674 doi 10.1701/3474.34571 https://www.recentiproggressi.it/r.php?v=3474&a=34571&l=342341&f=allegati/03474_2020_11/fulltext/RPM_1120.13_Dossier%20Eng%20-%20Martini.pdf
- Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Milano: Mondadori
- Nutbeam D. (1998) *Health Promotion Glossary Health Promotion International*, 3 (4): 349–364 <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Nelson, C., Lurie, N., Wasserman, J., & Zakowski, S. (2007). Conceptualizing and defining public health emergency preparedness. *American journal of public health*, 97 Suppl 1(Suppl 1), S9–S11. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114496>
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, *COVID-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, 28 maggio 2020
- Saiani L., Brugnolli A. (2013) *Trattato di cure infermieristiche* Napoli: Idelson-Gnocchi
- Tamburrini V. (2020) La limitazione dei diritti costituzionali in tempo di pandemia: alcune osservazioni sul carattere fondamentale dell'interesse della collettività alla salute, *Diritto & Salute* 2020 (2): 33-39
- World Health Organisation (2022) *New online course to fight the infodemic*, https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1 ultima consultazione 14.02.2022
- World Health Organisation – Regional Office for Europe (2019) *Action plan to improve public health preparedness and response in the WHO European Region 2018–2023*, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/393705/Action-Plan_EN_WHO_web_2.pdf