

Cerca nel sito

23 Settembre 2026 09:16

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

QS Club Newslet

QS » Lettere al direttore » Analfabetismo funzionale e salute delle persone



Stampa

Analfabetismo funzionale e salute delle persone



Gentile Direttore,
l'analfabetismo funzionale non è l'incapacità di leggere o scrivere, ma la difficoltà a comprendere e utilizzare efficacemente le informazioni nella vita quotidiana. Una condizione che può ostacolare la comprensione di istruzioni, testi e dati, limitando anche la capacità di distinguere una notizia vera da una falsa e di esercitare un giudizio critico.

Gentile Direttore, un *analfabeta funzionale* è una persona che sa leggere e scrivere in modo basilare, ma non riesce a comprendere, valutare o utilizzare in modo efficace queste abilità per risolvere problemi pratici o capire testi complessi della vita quotidiana. La persona possiede le basi meccaniche della lettura e della scrittura. Fa fatica a estrarre informazioni chiave da un articolo di giornale, un contratto, una bolletta o un testo informativo. Spesso non sa distinguere una notizia vera da una falsa (*fake news*) o interpretare correttamente dati e calcoli elementari.

Secondo le rilevazioni dell'indagine OCSE PIAAC, 2013 e poi 2024, circa il 35% della popolazione adulta italiana (fascia 16-65 anni) si trova in questa condizione. L'Italia registra uno dei livelli più alti di analfabetismo funzionale tra i Paesi industrializzati, posizionandosi molto al di sotto della media OCSE che è pari al 26%.

Il 10% della popolazione si ferma a capire solo frasi molto brevi e semplici.

Le cause principali sono la disaffezione alla lettura, scarse opportunità formative permanenti e contesti socio-economici fragili. Le soluzioni possibili si dovrebbero sostanziare nell'intervenire sul sistema scolastico per insegnare il pensiero critico e promuovere politiche di educazione continua per gli adulti.

La definizione dell'UNESCO

L'**UNESCO** definisce dal 1978 l'analfabetismo funzionale come «la condizione di una persona incapace di comprendere, valutare, usare e farsi coinvolgere da testi scritti per intervenire

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Intelligenza artificiale e medicina predittiva. Modelli, evidenze cliniche e limiti per il SSN



Riforma della medicina generale: cosa sappiamo



Liste d'attesa, il Ssn tra arretrati, carenza di personale e nuove regole



Terapia antitrombotica nel paziente fragile: nuove evidenze per una gestione personalizzata



Assistenza infermieristica al paziente adulto in ventilazione non invasiva (NIV)

Quotidiano
Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti [7 giorni] [30 giorni]



Da Ema via libera a 12 nuovi farmaci. Tra questi il primo trattamento orale per l'acne inversa



Ecco i migliori ospedali specializzati al mondo 2027 per Newsweek. Italia protagonista: dal Gemelli al Bambino Gesù, IEO, Monzino, Besta e Rizzoli

attivamente nella società, per raggiungere i propri obiettivi e per sviluppare le proprie conoscenze e potenzialità.»

Se l'alfabetizzazione è basilarmente intesa come l'acquisizione di abilità cognitive e spesso definita in termini di scolarizzazione, ma è divisibile in "competenze, applicazioni, apprendimento e capacità d'analisi", in una complessità sfuggente per cui una definizione esaustiva non è raggiunta, si introduce il concetto di *alfabetizzazione funzionale* (o anche *letteratismo*, dall'inglese *literacy*) per rappresentare quel livello più elevato di alfabetizzazione più orientato alla pratica (nel lavoro, ecc.) e all'uso continuativo dell'abilità di lettura e scrittura.

L'obiettivo principale di tali competenze non è il raggiungimento di un dato strumentale (il saper leggere e scrivere), ma l'utilizzo di tale capacità per partecipare attivamente ed efficacemente a tutte quelle attività che richiedono un certo livello di conoscenza della comunicazione verbale. I dettagli applicativi, le specifiche attività, essendo dinamici ed emergenti nello sviluppo di una società, non possono essere fissati precisamente. I criteri per valutare il fenomeno variano da nazione a nazione e da ricerca a ricerca.

Come l'indagine OCSE PIAAC misura queste competenze

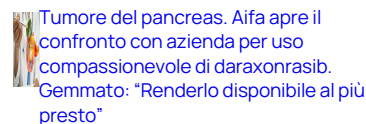
L'indagine OCSE PIAAC (Programma per la valutazione internazionale delle competenze degli adulti) misura le competenze della popolazione tra i 16 e i 65 anni attraverso una metodologia scientifica standardizzata. In Italia, l'indagine è coordinata dall'[INAPP](#), l'Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche. La valutazione non si basa su titoli di studio, ma su prove cognitive pratiche somministrate tramite computer o tablet direttamente a casa dell'intervistato.

L'indagine mette alla prova i cittadini su tre aree fondamentali della vita quotidiana e lavorativa:

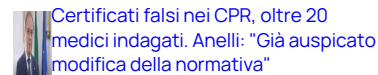
- *Literacy (Comprensione del testo)*: La capacità di comprendere, utilizzare e riflettere su testi scritti per raggiungere i propri obiettivi e sviluppare le proprie conoscenze.
- *Numeracy (Competenze logico-matematiche)*: La capacità di accedere, utilizzare e interpretare informazioni e idee matematiche per gestire i problemi di calcolo e logica della vita reale.
- *Adaptive Problem Solving (Risoluzione di problemi)*: la capacità di risolvere problemi in situazioni dinamiche in cui la soluzione non è evidente.

I risultati delle prove vengono tradotti in un punteggio numerico su una scala da 0 a 500 punti. Questo punteggio viene poi suddiviso in 6 livelli di competenza (dal livello "Inferiore a 1" fino al livello 5):

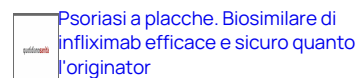
Livello PIAAC	Punteggio	Cosa sa fare una persona	Condizione
Sotto il livello 1	0-175	Sa leggere solo testi brevi, riconosce singole parole, ma non coglie il senso della frase	Analfabetismo funzionale grave
Livello 1	176-225	Sa leggere liste organizzative e testi brevi per trovare un'informazione specifica solo se è chiaramente indicata	Analfabetismo funzionale
Livello 2	226-275	Integra informazioni da testi diversi, fa semplici inferenze e risolve problemi di calcolo non complessi	Competenze minime



Tumore del pancreas. Aifa apre il confronto con azienda per uso compassionevole di daraxonrasib. Gemmato: "Renderlo disponibile al più presto"



Certificati falsi nei CPR, oltre 20 medici indagati. Anelli: "Già auspicato modifica della normativa"



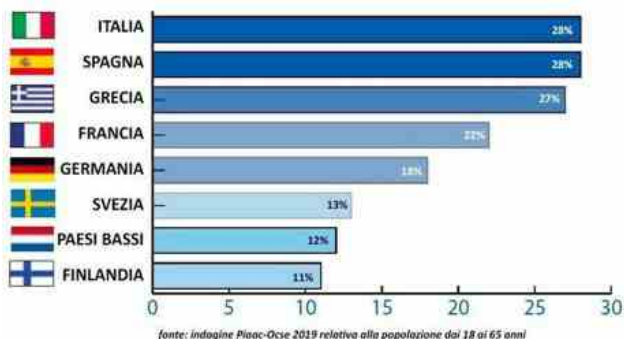
Psoriasi a placche. Biosimilare di infliximab efficace e sicuro quanto l'originator

Livello 3	276-325	Comprende testi densi e complessi, interpreta grafici e tabelle ed esegue ragionamenti matematici multifase	Livello adeguato
Livelli 4 e 5	326-500	Sintetizza concetti da più testi lunghi e complessi, valuta criticamente le fonti ed elabora argomentazioni logiche profonde	Alte competenze

I dati in Italia nel primo ciclo della ricerca PIACC (2013) rilevavano un 28% di adulti al livello 1 o sotto. Successivamente nel secondo ciclo di ricerca sempre PIACC nel 2024 si registrava un 35% di adulti sempre al livello 1 o sotto. Quindi 1 italiano su 3 è in una condizione di analfabetismo funzionale (dati OCSE). In particolare relativamente alla alfabetizzazione sanitaria il 23% della popolazione ha un livello "inadeguato" e il 35% "problematico".

Essendo scarsamente dotati della capacità di riconoscere le informazioni fondate e quelle false o distorte e non usi al controllo per verifica, gli analfabeti funzionali tendono, oltre che a travisare, a credere a notizie false e a diffonderle. Nell'era di Internet e dei [social network](#), dove chiunque può pubblicare informazioni che possono raggiungere masse di persone, il problema ha assunto dimensioni importanti.

GLI ANALFABETI FUNZIONALI IN EUROPA



Nel caso di [disinformazione](#) legata a temi medico-sanitari ([vaccini](#), [omeopatia](#) o [terapie alternative](#) in genere) le conseguenze sociali possono essere drammatiche, in quanto le informazioni fuorvianti possono mettere a repentaglio la salute o la vita di molte persone, e anche dei loro figli minori.

La diffusione di notizie false incoraggianti pregiudizi verso alcune categorie di persone (per etnia, religione, [orientamento sessuale](#), ecc.) può accrescere la diffusione di atteggiamenti discriminatori e emarginanti nei loro confronti, aggravando gli ostacoli alla loro integrazione. Di conseguenza possono aumentare i rischi per la salute pubblica.





Secondo i dati delle indagini internazionali sulle competenze degli adulti (come il rapporto OCSE PIAAC), i livelli di alfabetizzazione e le capacità di calcolo variano drasticamente da nord a sud. Le regioni settentrionali e centrali registrano punteggi medi di competenza (*literacy*) in linea o vicini alla media dei Paesi OCSE. Il Nord-Est (insieme alle province autonome di Trento e Bolzano) risulta l'area più virtuosa del Paese. Le regioni del Mezzogiorno presentano punteggi medi nettamente inferiori non solo alla media europea, ma anche a quella nazionale, trainando l'Italia verso gli ultimi posti nelle classifiche dei Paesi industrializzati.

L'analfabetismo funzionale e la salute

L'analfabetismo funzionale è un pericolo diretto per la salute perché impedisce alle persone di capire le indicazioni mediche essenziali. Non capire bene le informazioni sanitarie crea problemi seri nella vita quotidiana. Come evidenziato nelle analisi sull'[emergenza sanitaria](#), i rischi principali sono:

- *Errori con i farmaci*: Difficoltà a leggere il bugiardinio o a seguire le dosi giuste di una cura.
- *Fiducia nelle fake news*: Credere a notizie false o a cure miracolose lette online.
- *Difficoltà nei servizi*: Non capire come prenotare una visita o come muoversi dentro un ospedale.
- *Prevenzione ridotta*: Ignorare le campagne di prevenzione o i consigli dei medici.

L'alfabetizzazione sanitaria (traduzione del termine inglese *health literacy*) indica la capacità di un individuo di ottenere, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni sulla salute per compiere scelte consapevoli e corrette nella vita di tutti i giorni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ([OMS](#)) definisce questo concetto come l'insieme delle abilità cognitive e sociali che motivano le persone e le rendono capaci di agire per promuovere e mantenere un buono stato di salute. Non si tratta quindi solo di "saper leggere un opuscolo" o compilare un modulo, ma di saper applicare quelle informazioni al proprio benessere.

I tre livelli della Health Literacy

Il concetto si articola generalmente su tre livelli progressivi di competenze:

- *Alfabetizzazione funzionale*: Saper leggere e scrivere testi di carattere medico semplice (es. comprendere l'orario scritto su una ricetta o il dosaggio di uno sciroppo).
- *Alfabetizzazione interattiva/comunicativa*: Capacità di partecipare attivamente al proprio percorso di cura, ad esempio sapendo spiegare i sintomi al medico o ponendo le domande giuste durante una visita.
- *Alfabetizzazione critica*: Il livello più alto. Consente di analizzare criticamente le informazioni (anche quelle trovate sul web), distinguere una notizia scientifica da una *fake news* e comprendere i benefici a lungo termine di uno stile di vita sano.

I sistemi sanitari moderni sono complessi e richiedono cittadini sempre più attivi. Una persona con un'ottima alfabetizzazione sanitaria sa come muoversi nel sistema ospedaliero, aderisce correttamente alle terapie farmacologiche e partecipa regolarmente agli screening di prevenzione.

Al contrario, una persona con un basso livello di *health literacy* (censita ufficialmente anche nei sistemi diagnostici internazionali come codice di problematicità) è associata a un maggior numero di ricoveri evitabili, errori nell'assunzione dei farmaci e tassi più alti di malattie croniche aggravate.

Per misurare il livello di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) i medici e i ricercatori non si affidano a impressioni soggettive, ma utilizzano test standardizzati e validati scientificamente. Molti di questi strumenti sono nati negli Stati Uniti, ma i principali sono stati tradotti e validati anche in lingua italiana per l'uso nei nostri ospedali e ambulatori. I test si dividono principalmente in due categorie: strumenti oggettivi di performance e questionari di autovalutazione.

I test mettono alla prova il paziente con compiti pratici di lettura o calcolo numerico (*numeracy*)

legati alla salute. I più usati sono il *Newest Vital Sign* (NVS), TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*): Misurano la comprensione della lettura e il calcolo numerico attraverso compiti reali, come interpretare le istruzioni per una radiografia o capire la ricetta di un farmaco. La versione originale è molto accurata ma lunga (circa 22 minuti), motivo per cui si usa spesso lo S-TOFHLA (la versione breve, ridotta a circa 7-12 minuti). Infine il REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*). Poiché i test lunghi possono far sentire il paziente sotto esame o in imbarazzo, si preferiscono spesso domande rapide di screening.

La sfida dell'imbarazzo clinico e il metodo "Teach-Back"

I medici usano questi test con estrema cautela: l'obiettivo non è dare un "voto" al paziente, ma permettere al personale sanitario di modulare il proprio linguaggio. Quando un test evidenzia una bassa *health literacy*, il medico sa di dover abbandonare i termini tecnici, usare disegni o attivare il metodo del *teach-back*. Il metodo del "Teach-Back" (chiamato anche metodo della "verifica della comprensione") è una delle tecniche di comunicazione sanitaria più efficaci e raccomandate a livello internazionale per superare le barriere dell'analfabetismo funzionale e della bassa *health literacy*.

Il principio fondamentale è semplice: il medico non chiede al paziente "Ha capito?", ma gli chiede di spiegare a parole proprie cosa deve fare.

Davanti alla classica domanda "Tutto chiaro?" o "Ha domande?", la maggior parte dei pazienti risponde istintivamente di sì per tre motivi principali per vergogna o imbarazzo nel dover ammettere di non aver capito, per soggezione nei confronti della figura del medico e per illusione di aver capito, per poi rendersi conto dei dubbi solo una volta tornati a casa.

Gli studi clinici dimostrano che l'applicazione sistematica di questo metodo produce risultati evidenti quali la riduzione drastica degli errori terapeutici (es. dosaggi sbagliati a casa), il minor tasso di riammissione in ospedale, specialmente per i pazienti affetti da malattie croniche come il diabete o lo scompenso cardiaco, una maggiore fiducia e alleanza terapeutica tra medico e paziente, che si sente accolto e non giudicato.

L'analfabetismo sanitario

L'analfabetismo funzionale riduce drasticamente l'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*), ostacolando la comprensione delle terapie, la prevenzione e il dialogo con il medico. Impedisce di interpretare correttamente le campagne informative e le etichette dei farmaci. Rende complesso comprendere le diagnosi o seguire le prescrizioni complesse. Aumenta il ricorso improprio al pronto soccorso o ritarda le cure necessarie. In sostanza si può leggere benissimo un romanzo e non capire un consenso informato, e si può avere una buona alfabetizzazione sanitaria pratica pur restando sotto il livello 2 del PIAAC.

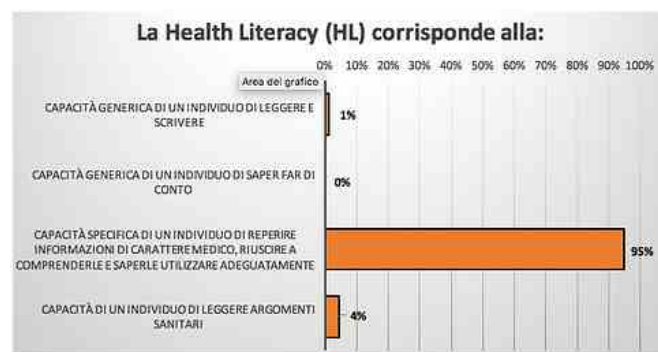
Le disuguaglianze sociali e sanitarie mostrano come il livello socio-economico, il titolo di studio e la provenienza geografica influenzino direttamente la salute. In Italia, le disuguaglianze sociali si traducono in differenze biologiche e di sopravvivenza stimate dai dati storici. Il livello di istruzione agisce come un forte determinante protettivo. Un cittadino con basso livello di istruzione ha un'aspettativa di vita di 77 anni, contro gli 82 anni di chi possiede almeno una laurea (un divario netto di 5 anni). Nelle donne il divario tra titoli di studio alti e bassi è presente. Il più recente dato ISTAT è +5,2 anni per gli uomini e +2,7 anni per le donne.

Il monitoraggio del benessere e della sanità in Italia evidenzia una profonda spaccatura geografica. Relativamente alla mortalità prematura ed evitabile abbiamo Regioni come Campania, Sicilia, Sardegna e Lazio che registrano storicamente tassi di mortalità prematura (decessi che potrebbero essere evitati con una prevenzione efficace) costantemente superiori alla media nazionale. Circa le infrastrutture sanitarie il Mezzogiorno sconta un forte svantaggio strutturale. A livello nazionale, i posti letto ordinari negli ospedali si sono dimezzati dal 1996 al 2023, scendendo a una media di 3 posti letto ogni 1.000 abitanti, sotto lo standard minimo di legge (pari a 3,7).

Le difficoltà del sistema pubblico costringono i cittadini a ricorrere a spese private, penalizzando le fasce più deboli. La spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia resta significativamente inferiore

rispetto a quella di partner europei come la Germania. Le famiglie italiane contribuiscono direttamente al 26% della spesa sanitaria complessiva (pagamenti *out-of-pocket* per visite private, ticket o farmaci), posizionando l'Italia al quinto posto nell'UE per carico finanziario lasciato sulle spalle dei nuclei familiari. (si rimanda all'articolo recentemente pubblicato su "Quotidiano sanità" "Quanto ci costano il sociale e la sanità").

Inoltre l'accesso alla prevenzione primaria è ostacolato da una grave crisi del personale medico. I medici di medicina generale, fonte GIMBE, del 17% in 10 anni. Oltre il 54% dei medici di base in attività supera il massimale dei 1.383 assistiti, riducendo il tempo medio dedicato al singolo paziente e impattando negativamente su chi ha minori competenze di alfabetizzazione sanitaria.



Infine le fake news sulla salute che circolano sui social network rappresentano un grave pericolo per la cittadinanza e spingono molte persone a compiere scelte terapeutiche sbagliate. Sfruttano paure e speranze per spingere a cliccare e condividere senza riflettere. Vengono create con testi automatici e immagini finte molto realistiche per sembrare vere. Pagine con nomi generici usano i contenuti falsi per fare soldi con la pubblicità.

Conclusioni: è necessario un cambio di paradigma: la de-medicalizzazione

Per contrastare la mercatizzazione della solitudine, sociologi ed economisti della salute propongono modelli alternativi basati sulla *salutogenesi* e sul *welfare di comunità*. È necessario sviluppare la "prescrizione sociale" (*Social Prescribing*) che consiste in una pratica medica in cui i medici di base, invece di prescrivere farmaci per lievi disturbi d'ansia o solitudine, indirizzano i pazienti verso attività comunitarie, corsi d'arte, gruppi di cammino o volontariato locale.

Anche il "co-housing" e "piazze del sapere" sono esperienze di progettazione urbana incentrate sulla creazione di spazi di socialità intergenerazionale per spezzare l'isolamento prima che diventi patologia.

Il Percorso svolto nel 2025-2026 dal costituitosi Network Italia su "Comunità, solitudini e salute", oltre a raccogliere tante esperienze internazionali e nel nostro Paese, ha portato tramite un importante percorso di condivisione alla redazione delle [prime Raccomandazioni italiane](#) su "Comunità, solitudini e salute", corredate da Review sulle evidenze scientifiche raccolte, scheda di autovalutazione dei progetti con aggancio al Modello EFQM, Glossario delle parole chiave e profilo dei "connettori sociali" e delle loro competenze possibili.

Per ottimizzare la relazione terapeutica e superare le barriere dell'analfabetismo funzionale, la ricerca scientifica e le buone pratiche cliniche suggeriscono di strutturare la comunicazione attraverso modelli strutturati di coinvolgimento attivo, supporti visivi e una gestione attenta del tempo. Occorre informare esplicitamente il paziente che ha un ruolo attivo e che la decisione finale spetta a lui, non solo al medico. Bisogna presentare le alternative terapeutiche mettendo a confronto benefici e rischi in modo bilanciato.

Infine guidare il paziente verso la scelta che meglio si allinea ai suoi valori, obiettivi personali e stile di vita.

Per risolvere l'analfabetismo funzionale in sanità (noto come scarsa *health literacy*), è necessario, quindi, rendere le informazioni mediche semplici e accessibili, migliorando il modo in cui il sistema sanitario comunica con i cittadini. Gli ospedali e i medici devono usare moduli, cartelli e opuscoli

scritti pensando a chiunque, ipotizzando che chiunque possa avere difficoltà di comprensione.

Alcune possibili proposte operative potrebbero essere:

- Adottare il *teach-back* come standard nei reparti a maggiore rischio di errore terapeutico,
- Riscrivere la modulistica e la cartellonistica secondo il principio delle precauzioni universali di comprensione (scrivere per tutti, senza presumere chi capisce),
- Misurare, per esempio la quota di pazienti cronici che sa ripetere il proprio schema terapeutico alla dimissione.

Occorre eliminare i termini tecnici complessi o spiegarli subito in modo chiaro e diretto. I medici devono invitare i pazienti a ripetere con parole proprie le istruzioni ricevute per confermare che abbiano capito la terapia. Inoltre si dovrebbero promuovere programmi di educazione alla salute già nelle scuole per abituare i giovani a un vocabolario medico di base.

Infine sarebbe importante offrire assistenza dedicata nei reparti per aiutare i pazienti fragili o con svantaggi socio-economici a orientarsi tra visite e ricette.

Si ringrazia il collega **Andrea Vannucci** per gli apporti dati.

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

Riferimenti

[Il rapporto PIAAC-OCSE 2024. Accademia della Crusca](#)

OCSE PIAAC (*Programme for the International Assessment of Adult Competencies*): il principale studio internazionale di riferimento che misura le competenze degli adulti in lettura, matematica e *problem solving*. <https://www.oecd.org/en/about/programmes/piaac.html>

[INAPP. comunicato sui risultati PIAAC secondo ciclo](#)

[ISTAT. diseguaglianze nella speranza di vita per livello di istruzione](#)

[GIMBE. comunicato stampa del 17 marzo 2026 sui medici di medicina generale](#)

[DM 2 aprile 2015 n. 70, standard dell'assistenza ospedaliera](#)

AIB Studi (Associazione Italiana Biblioteche), *Analfabetismo funzionale: perché, ci serve ancora saper ...*. L'articolo è disponibile sul portale [AIB Studi](#).

Centro Studi Livatino, *L'analfabetismo funzionale in Italia: una sfida sociolinguistica e le possibili soluzioni*. Il saggio è consultabile sul sito del [Centro Studi Livatino](#).

Emilio Lastrucci, Domenico Milito ed Emilia Surmonte (a cura di), *Analfabetismo funzionale e strategie di contrasto: Approcci, sperimentazioni, esperienze europee*, SHARE Libri, 2021.

Claudia Secci, *Analfabetismo funzionale: definizioni e problematiche. Verso una prospettiva critica*, Il testo è consultabile nel Repository UNICA.

Nicola Barban, *Analfabetismo funzionale: Introduzione, cause e possibili soluzioni*, saggio strutturato sull'analisi storica del fenomeno in Italia dall'Unità a oggi e sui dati statistici ufficiali.

Claudia Tarallo, *Analfabetismo funzionale in Italia. Politiche di intervento e bisogni dei cittadini*, contributo in volume all'interno di *Percorsi didattici di alfabetizzazione*, 2021.

23 Settembre 2026

© Riproduzione riservata