



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

Studio osservazionale sull'alfabetizzazione sanitaria applicata alla
salute sessuale e riproduttiva

Relatore: Dott.ssa Ost Calgaro Alice

LAUREANDA: RIGO BEATRICE

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

INDICE

ABSTRACT IN ITALIANO	
ABSTRACT IN INGLESE	
INTRODUZIONE	1
HEALTH LITERACY	3
<i>DEFINIZIONE</i>	3
<i>I DETERMINANTI DELLA SALUTE</i>	7
<i>HEALTH PROMOTION</i>	8
<i>HEALTH EDUCATION</i>	9
<i>LA SITUAZIONE IN ITALIA</i>	10
SEXUAL HEALTH LITERACY E SEXUALITY EDUCATION	13
<i>SEXUAL HEALTH LITERACY</i>	13
<i>COMPREHENSIVE SEXUALITY EDUCATION</i>	14
<i>L'EDUCAZIONE SESSUALE IN EUROPA</i>	19
<i>LA SITUAZIONE IN ITALIA</i>	20
SCOPO DELLO STUDIO	23
MATERIALI E METODI	25
RISULTATI	33
DISCUSSIONE	43
CONCLUSIONE	49
BIBLIOGRAFIA	51
APPENDICE	

ABSTRACT IN ITALIANO

INTRODUZIONE. L'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) è uno dei determinanti della salute più importanti: essa rappresenta la capacità e le competenze dell'individuo che gli permettono di intraprendere un processo decisionale informato e consapevole riguardo la propria salute. Il concetto di *health literacy* può essere sviluppato attorno a diversi temi, tra cui la salute sessuale e riproduttiva: in particolare l'OMS le ha attribuito un ruolo importante nel migliorare la qualità di vita e nel garantire la salute a tutte le fasce d'età della popolazione. La promozione della salute si impegna quindi nello sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria, soprattutto tramite la creazione e organizzazione di programmi di educazione alla salute, come il modello della "*comprehensive sexuality education*".

SCOPO. Il seguente studio si propone di analizzare tra i giovani (18-30 anni) il livello di alfabetizzazione sanitaria applicata alla salute sessuale e riproduttiva tramite la somministrazione di un questionario sulle infezioni sessualmente trasmissibili (IST), proponendo poi interventi educativi nell'ambito della prevenzione e dell'informazione sanitaria.

MATERIALI E METODI. È stata eseguita una ricerca bibliografica basandosi sui seguenti temi: l'alfabetizzazione sanitaria, la sua applicazione alla salute sessuale e riproduttiva e le infezioni sessualmente trasmissibili. Successivamente si è passati alla stesura di un questionario basato sulla revisione della letteratura e divulgato tramite piattaforme social nel periodo compreso dal 01/06/2022 al 30/09/2022. I risultati sono poi stati analizzati secondo tre modalità: analisi quantitativa delle domande a risposta multipla, analisi tematica delle domande aperte (e della domanda comportamentale) e analisi della *sexual health literacy* tramite il modello valutativo adattato del *Newest Vital Sign*.

RISULTATI. Il campione era principalmente italiano di sesso femminile, con un'età compresa tra 20 e 22 anni, studente e aveva frequentato in precedenza il liceo. Nell'analisi delle domande a risposta multipla sono poi emerse delle tematiche in cui il campione presentava maggiormente delle lacune: le conoscenze teoriche e pratiche delle IST (in particolare l'HPV) e l'utilizzo dei siti web per la ricerca di informazioni sanitarie (*E-health literacy*). Infine, nell'analisi delle

domande a risposta aperta le tematiche principalmente discusse sono state le IST, la contraccezione, l'anatomia e la fisiologia dell'apparato riproduttore, l'educazione sessuale ed emotiva e il 66% del campione dichiara di assumere comportamenti considerati a rischio di IST.

DISCUSSIONE. Secondo la letteratura, date le informazioni sociodemografiche dei partecipanti, il campione avrebbe dovuto presentare un livello di alfabetizzazione sanitario sopra la media: infatti il 66% presentava un livello di *health literacy* "adeguato", sopra lo standard europeo del 55%. Questi risultati, essendo in accordo con la letteratura, hanno permesso di poter confrontare al meglio i dati ottenuti con gli studi disponibili: è inoltre risultato, a sostegno della tesi, come all'aumentare del grado di istruzione, la percentuale di risposte corrette crescesse, evidenziando quindi la stretta relazione tra l'alfabetizzazione sanitaria e il grado di istruzione.

CONCLUSIONE. In conclusione, i risultati ottenuti hanno sottolineato l'esigenza di migliorare la pianificazione dell'educazione sanitaria, nello specifico quella dedicata alla salute sessuale e riproduttiva. Nonostante l'OMS abbia fornito molti modelli educativi inseribili all'interno dei sistemi scolastici, in molti Stati l'educazione sessuale è ancora poco considerata: in Italia, ad esempio, è ancora facoltativa e organizzata localmente. Le organizzazioni mondiali, in accordo con la letteratura, suggeriscono inoltre come i programmi debbano essere gestiti da personale sanitario qualificato dati i migliori risultati ottenuti: l'ostetrica, date le sue competenze sull'educazione sessuale e riproduttiva, entra tra i professionisti sanitari meglio adatti al ruolo.

ABSTRACT IN INGLESE

INTRODUCTION. Health literacy is one of the most important determinants of health: it represents the individual's ability and skills that enable everyone to engage in informed decision making about their own health. The concept of health literacy can be developed around different topics, for example, sexual and reproductive health: in particular, WHO has given it an important role in improving the quality of life and ensuring health for all age groups in the population. Health promotion therefore engages in the development of health literacy, especially through the creation and organization of health education programs, such as the "comprehensive sexuality education" model.

AIM. The following study aims to analyse among young people (18-30 years old) the level of health literacy applied to sexual and reproductive health by administering a questionnaire on sexually transmitted infections (STIs), and proposing educational interventions in the area of prevention and health information.

MATERIALS AND METHODS. A literature search was conducted based on the following topics: health literacy, its application to sexual and reproductive health, and sexually transmitted infections. A questionnaire was then written based on the literature review and disseminated via social platforms during the period from 01/06/2022 to 30/09/2022. The results were then analysed in three ways: quantitative analysis of multiple-choice questions, thematic analysis of open-ended questions (behavioral question's), and analysis of sexual health literacy using the adapted evaluative model of the *Newest Vital Sign*.

RESULTS. The sample was primarily Italian and female, aged 20-22 years, currently students and had previously attended high school. In the analysis of the multiple-choice questions, some topics emerged in which the sample had more gaps: theoretical and practical knowledge of STIs (particularly HPV) and the use of websites to search for health information (E-health literacy). Finally, in the analysis of open-ended questions, the topics mainly discussed were STIs, contraception, anatomy and physiology of the reproductive system, sexual and emotional

education, and 66% of the sample was considered to be at risk of infection (behavioral question).

DISCUSSION. According to the literature, given the sociodemographic information of the participants, the sample should have had an above-average level of health literacy: in fact, 66% had an "adequate" level of health literacy, above the European standard of 55%. These results, agreeing with the literature, made it possible to better compare the data obtained with available studies: it also appeared, in support of the thesis, that as the level of education increased, the percentage of correct answers improved, thus highlighting the close relationship between health literacy and education.

CONCLUSION. In conclusion, the results obtained emphasized the need to improve the organization of health education, specifically about sexual and reproductive health. Even though WHO has provided many educational models that can be included within school systems, despite its importance, sexual health education is often overlooked in many states: in Italy, for example, it is still optional and locally organized. The World organizations, in agreement with the literature, also suggest how programs should be run by qualified health personnel thanks to the best results obtained: the midwife, expert on sexual and reproductive education, enters among the health professionals suited to the role.

INTRODUZIONE

La salute, definita dall'OMS come “*Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non solo assenza di malattia o infermità*” (1) è uno dei più importanti diritti fondamentali dell'essere umano. Essa è influenzata da molti aspetti definibili come determinanti della salute, i quali possono essere suddivisi in fattori esterni all'individuo, come la società e il livello di sviluppo del Paese in cui si vive, e fattori interni come il patrimonio genetico. Nonostante tutti i determinanti della salute abbiano un ruolo rilevante nella gestione del benessere di ogni individuo, uno in particolare è stato considerato di peculiare importanza dall'OMS, ovvero l'alfabetizzazione sanitaria (2,3).

L'alfabetizzazione sanitaria, o in inglese *health literacy*, rappresenta l'intersezione tra i fattori esterni e interni, ovvero tra il ruolo delle istituzioni e le capacità delle singole persone nel perseguire uno scopo di salute comune. Nello specifico, si definisce alfabetizzazione sanitaria l'insieme di nozioni e informazioni sanitarie che permettono ad ogni individuo di poter comprendere, valutare e poi applicare le conoscenze in possesso al fine di promuovere uno stile di vita sano (1). Essendo la salute un diritto fondamentale, è quindi necessario che ogni persona possieda delle competenze sufficienti a potersi muovere all'interno del panorama sanitario: gli Stati e i Governi hanno infatti il ruolo di promuovere l'educazione sanitaria al fine di formare la popolazione ad uno stile di vita più sano, garantendo ad ogni persona la possibilità di poter perseguire i propri obiettivi di salute.

Il concetto di alfabetizzazione sanitaria può essere collegato a diversi temi della salute, come ad esempio la salute sessuale e riproduttiva. L'Organizzazione Mondiale della Salute, nella lista dei *Sustainable Development Goals*, scrive come la promozione della salute sessuale e riproduttiva (SRH) sia fondamentale per migliorare la qualità di vita e garantire la salute a tutte le fasce d'età della popolazione (dai neonati agli adolescenti) (3). Considerato che bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria sono stati associati ad un peggioramento delle condizioni di salute e ad un aumento dei costi a carico del sistema sanitario nazionale, l'OMS ha sviluppato un modello educativo definito “*comprehensive sexuality education*” al fine di migliorare i livelli di *sexual health literacy* della popolazione,

promuovendo uno stile di vita sano e permettendo alle persone di acquisire maggiore controllo sulla propria condizione sanitaria (4,5).

Soffermandosi sul panorama italiano, nonostante il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità si impegnino nella promozione e nell'educazione della salute, i livelli di alfabetizzazione sanitaria sono tra i più bassi in Europa (6) e l'educazione sessuale rimane opzionale, concentrata principalmente sugli aspetti biologici ed anatomici dello sviluppo sessuale, senza soffermarsi sulla sfera psicologica, sociale ed emotiva come invece descritto dalle linee guida promosse dall'Organizzazione Mondiale della Salute e dall'UNESCO (5).

Il seguente studio si propone quindi di analizzare l'alfabetizzazione sanitaria applicata alla salute sessuale e riproduttiva in un campione di giovani adulti al fine di evidenziare il loro livello di *sexual health literacy* e presentare quindi degli interventi educativi di promozione sanitaria, inserendovi inoltre l'importanza del ruolo dell'ostetrica nella prevenzione e nell'educazione alla salute sessuale e riproduttiva.

HEALTH LITERACY

DEFINIZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Salute ha definito l'*health literacy*, o alfabetizzazione sanitaria, come uno dei più importanti determinanti della salute (2,3). Essa viene descritta come l'insieme di nozioni e competenze riguardanti la salute che ogni individuo possiede e che vengono accumulate quotidianamente dalle sue attività, interazioni sociali e generazionali, ed in particolare anche la capacità di saper comprendere, valutare e quindi poter poi utilizzare le informazioni così da mantenere e promuovere uno stile di vita sano (1).

L'alfabetizzazione sanitaria è dunque indispensabile affinché le persone siano in grado di intraprendere un processo decisionale informato e consapevole riguardo la propria salute. Andando nello specifico, *health literacy* non vuol solo dire avere accesso ai siti internet, leggere opuscoli e seguire comportamenti sicuri: include anche l'abilità di esercitare un giudizio critico sulle informazioni sanitarie date, saper valutare le fonti da cui provengono, ed avere la capacità di esprimere i bisogni personali ed interagire con quelli sociali al fine di promuovere la salute (1). Alcuni esempi pratici includono l'abilità di capire le informazioni e le istruzioni date dal personale sanitario, saper navigare in internet e attraverso i siti web certificati, saper seguire una terapia farmacologica, capire l'importanza delle vaccinazioni e partecipare ai programmi di screening (7).

L'*health literacy* non si basa quindi semplicemente sul capire e ricordare ciò che viene spiegato (conoscenze) ma si concentra principalmente sull'utilizzo che ogni individuo fa delle informazioni che possiede (competenze): vi è una profonda differenza tra il prendere una decisione consapevole ed informata e l'eseguire delle semplici istruzioni dettate dal proprio curante. Per comprendere al meglio il concetto di alfabetizzazione sanitaria, è possibile dividerlo secondo questi sottogruppi:

- Alfabetizzazione sanitaria di base o funzionale: l'insieme di abilità e conoscenze che permettono ad un individuo di poter comprendere e prendere delle decisioni sui principali rischi per la salute;

- Alfabetizzazione sanitaria intellettiva: l'abilità di saper comprendere informazioni riguardanti la salute e saperle decontestualizzare al fine di utilizzarle in altre situazioni;
- Alfabetizzazione sanitaria critica: l'insieme di abilità cognitive e sociali più sviluppate che rendono un individuo in grado di analizzare criticamente le informazioni sanitarie (tratte anche da più fonti) e di usarle per esercitare un maggiore controllo sulle proprie decisioni (2).

Questa divisione permette di scardinare il concetto di alfabetizzazione nelle sue principali strutture, evidenziando gli step necessari per arrivare ad avere un'abilità critica tale da poter avere un potere decisionale maggiore nelle proprie scelte di salute. L'OMS ha infatti evidenziato questi 3 passi (che possono essere ricollegati ai concetti esplicitati precedentemente) nello sviluppo individuale dell'*health literacy*, ovvero:

- *Core Health Literacy*: l'individuo possiede conoscenze e abilità basilari affinché possa prendersi cura della propria salute quotidianamente (ad esempio leggere informazioni riguardanti la salute ed essere in grado di prendere dei medicinali seguendo specifiche istruzioni);
- *Engaged Health Literacy*: l'individuo è ora in possesso di sufficienti informazioni sanitarie e competenze che gli permettono quindi di agire in modo più autonomo e critico (ad esempio condividere le informazioni sanitarie con altre persone, saper comunicare efficacemente con i professionisti sanitari e saper leggere i risultati di eventuali esami strumentali);
- *Influential Health Literacy*: l'individuo è in grado di controllare al meglio gli eventi della propria vita e la propria salute e agisce nella promozione della salute non solo a livello individuale ma anche a livello collettivo (indaga sulle fonti delle informazioni sanitarie che reperisce, partecipa nella comunità in attività di promozione della salute e segue corsi di formazione per aumentare la propria alfabetizzazione sanitaria) (8).

L'*health literacy* tuttavia non è un processo che si sofferma solo a livello individuale: vi è infatti un'ulteriore categorizzazione dell'*health literacy*, la quale evidenzia il ruolo che ogni Paese e governo ha nella sua promozione e nel suo sviluppo. Secondo *healthy people 2030*, l'alfabetizzazione sanitaria può essere

divisa in 2 macrogruppi, ovvero *personal health literacy* e *organizational health literacy*. In particolare:

- *Personal Health Literacy*: la capacità degli individui di trovare, capire ed usare informazioni sanitarie per prendere decisioni informate sulla propria salute e su quella degli altri;
- *Organizational Health Literacy*: la capacità delle organizzazioni e dei governi di rendere disponibili e accessibili agli individui le informazioni sanitarie necessarie affinché sviluppino un'adeguata *personal health literacy* (9).

Queste definizioni mettono in risalto due particolari aspetti. Il primo riguardante l'alfabetizzazione sanitaria individuale (*personal health literacy*) spiega come gli individui non debbano focalizzarsi solo sulla propria salute ma anche su quella degli altri. Molte nostre azioni infatti influenzano la salute delle persone che ci circondano (ad esempio il tabagismo o l'aderenza alle vaccinazioni) ed è importante che ogni individuo sia consapevole della propria partecipazione nella salute collettiva: avere un'alfabetizzazione sanitaria adeguata non significa solo saper scegliere consapevolmente per se stessi, ma saper anche agire in virtù della salute degli altri individui, al fine di promuovere la salute a livello universale. Il secondo aspetto invece esce dalla sfera del singolo per concentrarsi più sull'aspetto governativo ed organizzativo dell'*health literacy*: i governi, le società e i servizi sanitari di ogni paese influenzano molto il livello di alfabetizzazione sanitaria dei cittadini poiché lo Stato ha il potere di gestire la disponibilità locale, e di conseguenza personale, di accedere alle risorse. Uno Stato con una bassa *organizational health literacy* avrà delle conseguenze non solo sull'alfabetizzazione sanitaria dei singoli individui, ma anche sull'organizzazione del sistema sanitario stesso e sui suoi risultati (1,10).

Tuttavia, l'alfabetizzazione sanitaria non è controllata e condizionata solo dalle strutture governative e sanitarie dei paesi ma ci sono molti altri aspetti in grado di influenzarla: ad esempio l'età, il livello di educazione, lo stato economico, la copertura sanitaria (assicurazione sanitaria) e lo stato sociale di appartenenza (in particolare le minoranze etniche e razziali). In diversi studi è emerso come il livello di *health literacy* sia direttamente proporzionale ad un comportamento sano e salutare (2,7), ed è quindi importante secondo L'Organizzazione Mondiale della

Salute che le strutture organizzative garantiscano ai cittadini l'accesso ad informazioni affidabili ed in formati che siano comprensibili e utilizzabili da tutti (1). Nonostante però le raccomandazioni, si stima che approssimativamente metà della popolazione Americana ed Europea presenti un'alfabetizzazione sanitaria di base o limitata (7). Le conseguenze un livello di *health literacy* sotto la media possono comportare delle difficoltà nel capire le informazioni fornite, nel prendere decisioni informate e nel navigare il complesso sistema sanitario. Una grave conseguenza di ciò è un aumento dei costi a carico del sistema sanitario nazionale: una popolazione meno istruita tende ad accedere ai servizi di prevenzione con minor costanza e ad utilizzare maggiormente i servizi di emergenza (come ambulanze e pronto soccorso) anche per situazioni gestibili diversamente (4,10). L'educazione sanitaria e la promozione alla salute giocano quindi un ruolo fondamentale in tutto ciò: lo Stato, facilitando l'accesso pubblico a informazioni sanitarie affidabili, e istruendo le persone nell'usarle correttamente, porterebbe la popolazione ad un livello di alfabetizzazione sanitaria tale da responsabilizzarla nel prendere decisioni salutari sulla salute personale, e anche di formarla nella promozione di essa (1).

L'Organizzazione Mondiale della Salute, nella "*Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*", sottolinea le responsabilità che ogni governo ha nei confronti della salute pubblica. Troppo volte gli Stati, indirizzati dalle politiche vigenti, si concentrano sul marketing e l'economia, lasciando spesso indietro le condizioni sanitarie del proprio Paese. Con la frase "*profit must not stand above people's health*", i partecipanti alla nona conferenza internazionale sulla promozione della salute si impegnano ad agire con decisione su tutti i determinanti della salute, di permettere alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute (tramite lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria) e di garantire sistemi sanitari incentrati sulle persone, ovvero dove gli individui siano consapevoli delle proprie decisioni ed azioni e dove siano al centro delle cure (3,11).

L'alfabetizzazione sanitaria, sia personale che organizzativa, è quindi un'abilità che si sviluppa secondo diversi processi. Non sono solo le scelte individuali che accrescono la *personal health literacy*, bensì ci sono due principali processi che giocano un ruolo importante nel potenziamento dell'alfabetizzazione sanitaria: la promozione alla salute e l'educazione alla salute. Al fine di capire al meglio questi

due concetti è importante però specificare la definizione di determinanti della salute.

I DETERMINANTI DELLA SALUTE

I determinanti della salute sono definiti dall'OMS come "*i fattori personali, sociali, economici e ambientali che determinano, e influenzano, le aspettative di salute degli individui e della popolazione*" (1,12). L'OMS ha infatti spiegato come la salute di ogni individuo non sia influenzata e definita solo da puri aspetti biologici (come il patrimonio genetico o l'alimentazione) ma una grande partecipazione sia svolta da aspetti definibili esterni, come ad esempio il luogo di lavoro, la società in cui si vive o le possibilità economiche che ogni individuo possiede. Andando nello specifico, i determinanti della salute possono essere riassunti in queste quattro categorie:

- Determinanti fisici: età, sesso, fattori costituzionali (eredità genetica);
- Determinanti comportamentali (stile di vita): ad esempio le abitudini alimentari, l'attività sportiva o la cura dell'igiene personale.
- Determinanti sociali ed economici: ad esempio lo stato sociale, lo stipendio, l'educazione, le condizioni lavorative, ma anche il livello di discriminazioni razziali o di genere e sessualità, l'instabilità abitativa o le possibilità di occupazione\lavoro;
- Determinanti ambientali: ad esempio la disponibilità di acqua potabile, l'aria pulita, la presenza di industrie o fabbriche nelle vicinanze, la provenienza del cibo e il suo controllo, la sicurezza del vicinato;

Molti aspetti quindi, non direttamente collegati al puro concetto di sanità ma spesso legati più a delle forze esterne (come politiche, storiche e sociali) sono in grado di influenzare la salute delle persone. È importante inoltre precisare come alcuni determinanti non siano controllabili dai singoli individui, bensì appartengano ad un insieme di fattori definibili potenzialmente modificabili. La promozione della salute ha un ruolo fondamentale nella gestione di queste variabili: i determinanti della salute come le risorse disponibili per la popolazione, l'educazione, le condizioni lavorative o l'accesso a servizi sanitari appropriati possono essere controllati e talvolta, se necessario, modificati al fine di permettere e garantire delle condizioni di vita salutari ed eque per tutti (1).

HEALTH PROMOTION

Secondo l'OMS, la promozione alla salute si definisce come il processo che consente alle persone di prendere il controllo sulle proprie scelte sanitarie e di migliorare la propria salute. In particolare, la promozione alla salute dovrebbe focalizzarsi su questi principali aspetti:

- Istruire il governo nel prendere decisioni riguardanti la sanità pubblica (e sviluppare quindi l'*organizational health literacy*);
- Creare luoghi di riferimento per la salute;
- Rafforzare il senso di comunità al fine di promuovere la salute collettiva;
- Rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria personale;
- Riorientare i servizi sanitari, focalizzandosi su una distribuzione equa delle risorse nella popolazione (*health equity*) (1).

Lo scopo principale della promozione alla salute è quindi riuscire a consentire alle persone, individualmente e collettivamente, ed ai governi di aumentare il controllo sui determinanti della salute e quindi migliorare le condizioni sanitarie della popolazione. La Carta di Ottawa ha definito 3 strategie fondamentali per promuovere al meglio la salute:

- *Advocate*: una combinazione di interventi individuali e sociali atti ad ottenere un impegno ed un supporto da parte del governo e della società per un particolare obiettivo o programma di salute;
- *Enable*: dare la possibilità a tutte le persone di accedere alle risorse e ai servizi sanitari in modo equo ed uguale per tutti, al fine che ogni individuo venga responsabilizzato sulla propria salute e abbia potere sulle proprie scelte;
- *Mediate*: trovare un equilibrio tra le necessità della società e la promozione sanitaria, in particolare tra i governi, l'economia e le politiche vigenti nei singoli Paesi e i bisogni sanitari locali e individuali (1,13,14).

La promozione alla salute è quindi un processo che si può definire sia macroscopico che microscopico. Da un lato, come specificato in precedenza, essa lavora a stretto contatto con la politica e l'economia al fine di promuovere il messaggio "*good health is good policy*" e concentrandosi quindi negli aspetti macroscopici della società. Dall'altro lato invece essa sposta il suo focus a livello individuale: ogni

persona deve avere la possibilità di sviluppare le abilità necessarie per comprendere le informazioni fornite ed essere consapevoli delle proprie scelte in ambito sanitario e soprattutto per capire come funzionano i difficili meccanismi che regolano la salute singola e collettiva. Queste abilità, che possono essere ricollegate al concetto di *personal health literacy*, vengono sviluppate solo se la promozione alla salute si applica correttamente anche ad un'adeguata educazione alla salute (1).

HEALTH EDUCATION

Nel 1995, l'Organizzazione Mondiale della Salute ha lanciato un programma educativo al fine di rafforzare la promozione della salute nelle scuole (15). Molti studi hanno dimostrato come il collegamento tra l'alfabetizzazione sanitaria e l'educazione sia molto forte, evidenziando in particolare come l'adolescenza e l'infanzia siano i momenti in cui vi sia una maggior efficacia degli interventi educativi atti allo sviluppo delle abilità e competenze sanitarie (2). Tuttavia, nelle scuole troppo poco si parla di salute: nonostante i ragazzi siano ad una maggior esposizione ai rischi per la salute, abbiano un minor accesso ai servizi sanitari, peggiori esiti di salute e maggiori conseguenze in caso di malattie, quasi nessuna scuola presenta dei corsi incentrati sull'educazione alla salute (15). Nel periodo dell'infanzia, e in minor scala nell'adolescenza, l'accesso ai servizi sanitari viene spesso mediato dai genitori o tutori, e indirettamente anche dalle loro risorse e disponibilità economiche, e questo spesso blocca e limita l'accesso per i ragazzi stessi. Inoltre, il periodo dell'adolescenza è un momento molto delicato a causa della grande presenza di comportamenti potenzialmente nocivi e pericolosi per la salute individuale e collettiva: in quest'età, ad esempio, i ragazzi si relazionano per la prima volta con la salute riproduttiva e sessuale, ed è importante che essi siano al corrente dei rischi e dei comportamenti corretti che è necessario avere al fine di prevenire possibili effetti della salute a lungo termine.

L'educazione alla salute può racchiudere quindi diversi argomenti: ad esempio può focalizzarsi sull'analisi dei determinanti della salute, permettendo alle persone di capire la complessa rete che influenza la salute di ognuno, ma anche sui fattori di rischio e su come usare ed accedere al sistema sanitario. Lo scopo principale però dell'educazione alla salute non è solo il semplice insegnamento dei comportamenti migliori da intraprendere per mantenersi in salute, ma include anche lo sviluppo delle abilità individuali al fine di fornire più autonomia alle persone e renderle

consapevoli e in grado di prendere decisioni sulla propria salute in modo coerente ed informato, ovvero aumentando al loro alfabetizzazione sanitaria (1). Al fine di sviluppare queste abilità il prima possibile, ovvero nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza, l'Organizzazione Mondiale della Salute ha evidenziato come sia fondamentale che la promozione alla salute venga educata a scuola, spiegando come il sistema scolastico dovrebbero allestire dei servizi sanitari nelle scuole (definiti *school health services*) e creare dei centri scolastici incentrati sull'educazione sanitaria (*health promoting schools*). In particolare:

- *School Health Services*: servizi sanitari, gestiti da professionisti della salute, offerti agli studenti, sia all'interno dell'edificio scolastico che nelle vicinanze;
- *Health Promoting Schools*: strutture scolastiche dove la promozione della salute viene insegnata secondo la stipulazione di specifiche regole scolastiche, lo sviluppo di ambienti sani (mensa, palestra), la creazione ambienti ricreativi dove socializzare, l'ideazione di un piano di studio dedicato alla salute, il coinvolgimento della comunità circostante e garantendo dei servizi sanitari interni alla struttura (come vaccinazioni e counseling) (15).

Nelle scuole, tuttavia, l'educazione alla salute è importante che non solo istruisca sulla salute nel suo concetto più generale e completo: gli adolescenti presentano delle necessità che sono peculiari del periodo che stanno vivendo, ed è quindi importante che l'istruzione alla salute si focalizzi anche su alcuni di questi argomenti.

LA SITUAZIONE IN ITALIA

Tra il 2019 e il 2021 è stato eseguito uno studio europeo per valutare l'alfabetizzazione sanitaria (HLS19) in diciassette paesi dell'UE, per un totale di 42.445 partecipanti. I risultati dello studio hanno evidenziato come 23% del campione italiano presenti un livello di *health literacy* "inadeguato" rispetto alla media europea del 13%, con una percentuale del 31% di risposte "molto difficile" e "difficile" al questionario HLS19-Q12 rispetto al 23% del campione complessivo europeo (6). Questi dati sottolineano come il panorama italiano sia caratterizzato da un livello di alfabetizzazione sanitaria insufficiente rispetto agli standard europei: se pur siano presenti Stati nell'UE con livelli più bassi di quelli

italiani, è importante che il Sistema Sanitario Nazionale lavori nella promozione della salute affinché l'Italia raggiunga un' *health literacy* adeguata. Secondo un altro studio, condotto nella provincia di Firenze (452 intervistati con un'età media di 53.7 anni), vi sono dei particolari argomenti sulla salute e alcune specifiche abilità in cui la popolazione italiana presenta maggiori difficoltà. Uno dei temi che risalta maggiormente tra i risultati del questionario è la salute mentale: circa il 39% dei partecipanti ha dichiarato di avere difficoltà nel cercare e trovare informazioni inerenti la gestione della salute mentale (come stress e depressione). I risultati hanno anche evidenziato il ruolo sempre più rilevante dei media: quasi la metà della popolazione campione presenta delle difficoltà nel capire le informazioni fornite dai media, giudicare se esse siano affidabili o meno e saper decidere sulla propria salute in base alle nozioni che vengono divulgate. Nonostante questo studio sia limitato ad un campione molto ristretto, può essere comunque preso d'esempio per poter migliorare questi aspetti che sicuramente rispecchiano le difficoltà anche del resto della popolazione italiana (16).

Un ulteriore studio, basato sul questionario HBSC (*Health Behavior in School-aged Children*), è infine quello riguardante il livello di alfabetizzazione sanitaria dei ragazzi in età scolare (13-15 anni) svolto nella regione della Lombardia nel 2018. Il questionario che venne fornito agli studenti, al fine di valutare al meglio la loro *health literacy*, presentava una divisione delle nozioni e competenze secondo determinate categorie, convalidate dal *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Network* (17). Nello specifico, esso analizzava le conoscenze teoriche e pratiche, il pensiero critico, l'autoconsapevolezza e il senso civico (*citizenship*) dei ragazzi, dividendo rispettivamente le domande dell'analisi secondo queste classi:

- Conoscenze teoriche:
 - Valutare il livello di conoscenza degli argomenti forniti riguardanti la salute;
 - Valutare l'abilità di proporre degli esempi su come promuovere la salute;
- Conoscenze pratiche:
 - Valutare l'abilità di saper trovare informazioni riguardanti la salute che siano facili da comprendere;

- Valutare l'abilità di saper seguire le istruzioni date dal personale sanitario;
- Pensiero critico:
 - Valutare l'abilità di saper comparare le informazioni ricavate da diverse fonti;
 - Valutare l'abilità del singolo di capire se le informazioni sanitarie fornite siano corrette o sbagliate;
- Autoconsapevolezza:
 - Valutare l'abilità del singolo di giudicare come le azioni di una persona possano influenzare la salute di un'altra;
 - Valutare l'abilità di saper giustificare le proprie scelte di salute;
- Senso civico:
 - Valutare l'abilità del singolo di giudicare come le azioni di una persona possano ricadere ed influenzare l'ambiente circostante;
 - Valutare l'abilità del singolo di proporre idee su come migliorare la salute intorno a sé.

Questa divisione ha permesso di poter valutare al meglio l'alfabetizzazione sanitaria, sottolineandone gli aspetti chiave e portando quindi alla luce gli specifici campi in cui i partecipanti dello studio avessero potuto presentare delle difficoltà. Descrivendo infine i risultati dello studio, i partecipanti sono stati 2128 studenti (52% di sesso femminile) da 130 scuole diverse e gli esiti anche qui sono molto simili ai precedenti: i livelli di *health literacy*, specialmente quelli dei 15enni, sono più bassi rispetto ad altri paesi europei partecipanti (come Polonia, Finlandia e Belgio) ed in particolare sono alti i risultati della sezione valutante la bassa *health literacy*, mentre sono bassi in quella valutante l'alta *health literacy*. Inoltre, questo studio evidenzia come i determinanti sociali e le condizioni sociodemografiche giochino un ruolo fondamentale nel livello dell'alfabetizzazione sanitaria dei ragazzi partecipanti, mostrando come la scuola e la famiglia siano degli ambienti cruciali nell'educazione alla salute e la promozione di comportamenti sani e sottolineando ulteriormente l'importanza di migliorare i programmi di educazione sanitaria negli ambienti scolastici, talvolta coinvolgendo anche i genitori (2).

SEXUAL HEALTH LITERACY E SEXUALITY EDUCATION

SEXUAL HEALTH LITERACY

L'alfabetizzazione sanitaria è un processo cognitivo che può essere applicato a diversi aspetti della salute, tra cui anche la salute sessuale e riproduttiva. Come spiegato in precedenza, bassi livelli di *health literacy* sono associati a delle conseguenze nella salute pubblica e collettiva: ad esempio, in questo specifico ambito, una minor aderenza ai comportamenti di prevenzione (come la vaccinazione contro l'HPV) e una minor conoscenza delle infezioni sessualmente trasmissibili (in particolare la loro trasmissione e come proteggersi) possono portare a delle gravi ripercussioni per quanto riguarda la salute sessuale delle persone (7).

L'Organizzazione Mondiale della Salute, nella lista dei *Sustainable Development Goals* evidenzia come la promozione della salute sessuale e riproduttiva (SRH) giochi un ruolo importante nel migliorare la qualità di vita e nel garantire la salute a tutte le fasce d'età della popolazione. Infatti, la salute sessuale e riproduttiva racchiude diversi temi che influenzano molti aspetti della salute collettiva, come ad esempio:

- Le cure sanitarie per le madri e i neonati;
- La pianificazione familiare;
- La prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili (STI);
- La cura della salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti;
- Gli screening per il controllo delle infezioni da Human Papilloma Virus (HPV);
- La prevenzione e il trattamento dell'infertilità.

Questi servizi hanno lo scopo di prevenire le conseguenze di un basso livello di salute sessuale e riproduttiva, che spesso sfociano in gravidanze indesiderate, eventi nascita complessi, violenza sessuale e interruzioni di gravidanza illegali (18,19). Alla luce di ciò, nel documento “*2030 Agenda for Sustainable Development*” vengono identificati tre obiettivi che l'Europa si impegna a raggiungere entro il 2030, ovvero:

- Rendere le persone capaci di prendere decisioni informate sulla loro salute sessuale e riproduttiva, e assicurare che i loro diritti siano rispettati e protetti: in particolare in questo punto l'UE si impegna non solo a diminuire e azzerare i casi di violenza, ma anche a sviluppare l'alfabetizzazione sanitaria inerente alla salute sessuale, tramite programmi educativi (*comprehensive sexuality education*), creando servizi accessibili a più persone e divulgando informazioni al fine di rendere la popolazione in grado di fare scelte informate sulla propria salute sessuale e riproduttiva;
- Assicurare che ogni persona abbia la possibilità di accedere al massimo livello di cura nella salute sessuale e riproduttiva: ovvero riuscire a rispondere a tutti i bisogni della popolazione, garantire i mezzi di contraccezione, ridurre al minimo la mortalità e morbidità materno-infantile, ridurre le STI, ridurre le infezioni di HPV e fornire servizi di sostegno e trattamento dell'infertilità;
- Garantire un accesso universale ai servizi sanitari per la cura della salute sessuale e riproduttiva ed eliminare le disuguaglianze: in particolare creare servizi incentrati sui bisogni degli adolescenti, garantire l'accesso a specifici servizi in popolazioni con specifiche necessità ed infine creare strategie al fine di integrare la salute sessuale e riproduttiva nei programmi di salute pubblica nazionale (20).

Nello stesso modo in cui la promozione e l'educazione alla salute sono fondamentali nello sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria, anche qui il ruolo dell'educazione è molto importante: la salute sessuale e riproduttiva è necessario che sia promossa tramite un'educazione efficace e comprensibile.

COMPREHENSIVE SEXUALITY EDUCATION

Nell'*International Technical Guidance on Sexuality Education* viene data la definizione di *comprehensive sexuality education* (CSE), ovvero:

“L'educazione sessuale estensiva (od olistica) è un processo di insegnamento e apprendimento degli aspetti cognitivi, emotivi, fisici e sociali della sessualità. Mira a fornire ai bambini e ai giovani conoscenze, abilità, attitudini e valori che consentano loro di: garantire e proteggere la propria salute, benessere e dignità; sviluppare relazioni sociali e sessuali rispettose; considerare come le loro scelte influiscano sul proprio benessere

e su quello degli altri; e, comprendere e garantire la protezione dei loro diritti per tutta la vita.” (21)

Questa metodologia di educazione si concentra su molti aspetti della sessualità, basandosi non solo sull'aspetto puramente biologico ed anatomico ma approfondendo anche la sfera emotiva e relazionale: l'essere umano, nel vivere la sua sessualità, si relaziona con altri individui ed è importante insegnare l'importanza del rispetto reciproco e dei comportamenti sani da seguire per prendersi cura della propria salute e di quella degli altri.

Nelle scuole dove l'educazione sessuale viene insegnata secondo tradizionali programmi di studio, ci si concentra maggiormente sulla descrizione anatomica degli organi sessuali, il loro sviluppo, i principali cambiamenti che avvengono nel corpo durante la pubertà e i metodi anticoncezionali per prevenire le gravidanze indesiderate, talvolta soffermandosi sull'importanza dell'astinenza. In un programma di studio basato sulla *comprehensive sexuality education* invece, gli argomenti comprenderebbero:

- Le dinamiche relazionali: nello specifico all'interno della famiglia, delle relazioni amorose e di amicizia, e l'insegnamento dei concetti di tolleranza, rispetto, esclusività, impegno e genitorialità;
- Valori, diritti, cultura e sessualità: la sessualità nel contesto della società e cultura in cui si vive, nel rispetto dei diritti e dei valori altrui;
- Comprendere il proprio genere: le strutture sociali e norme presenti dietro ogni genere, la parità e disparità di genere (stereotipi), la violenza di genere;
- La violenza e sicurezza: la violenza, il consenso, la privacy, l'integrità corporea, l'uso sicuro dei mezzi di comunicazione (social media);
- Abilità per garantire la salute e il benessere: le norme e le influenze dei comportamenti dei nostri simili nell'ambito della salute sessuale, il saper prendere decisioni informate e consapevoli, le capacità comunicative (rifiuto e negoziazione), l'alfabetizzazione sanitaria sessuale e digitale, il saper come trovare supporto e aiuto in situazioni difficili;
- La struttura e lo sviluppo anatomico dell'essere umano: la fisiologia sessuale e riproduttiva, la pubertà, la riproduzione, l'immagine corporea;
- La sessualità: il sesso, la sessualità e il ciclo riproduttivo, i comportamenti sessuali e il ciclo della risposta sessuale umana;

- Salute riproduttiva e sessuale: la gravidanza e la sua prevenzione, l'HIV/AIDS e saper capire-riconoscere-ridurre la circolazione delle IST (21).

È quindi evidente che la struttura dell'educazione sessuale estensiva comprenda aspetti che in passato non venivano presi in considerazione, come la relazione con la famiglia, i diversi modi in cui si esprime l'amore per qualcuno, lo sviluppo individuale dei valori, l'insegnamento dei diritti umani, l'identità di genere, il rispetto e il consenso e molto altro. È importante specificare che affinché ogni individuo sviluppi delle competenze sulla salute sessuale e riproduttiva così profonde e complete, è fondamentale che l'educazione non sia limitata ad una specifica fascia d'età, bensì comprenda sia i bambini in età scolare che gli adolescenti e giovani adulti. Il programma della *comprehensive sexuality education* infatti include specifici curriculum per i diversi range d'età, al fine di educare alla salute sessuale e riproduttiva in modo coerente con il periodo di sviluppo degli studenti e fornire un piano di studi continuativo, in grado di accompagnare i ragazzi e le ragazze durante tutto il loro sviluppo e percorso scolastico (21,22). Le fasce d'età principali sono 5-8 anni, 9-12 anni, 12-15 anni e 15-18+, e gli argomenti vengono trattati prendendo in considerazione la maturità degli studenti. Ad esempio, per quanto riguarda la sessualità, la divisione degli obiettivi di apprendimento racchiude:

- Fascia 5-8 anni: capire che la gioia e l'eccitamento fisico sono dei sentimenti normali e che si possono provare anche assieme ad altre persone, e spiegare che ci sono molti modi e parole per descrivere i sentimenti e che questi possono essere provocati dalla vicinanza e l'interazione con gli altri individui;
- Fascia 9-12 anni: capire che l'essere umano prova piacere tramite il contatto fisico, che la sessualità racchiude sia la sfera fisica che emotiva di ogni persona, saper comunicare, non aver paura di chiedere informazioni e provare curiosità a riguardo e introdurre il tema dell'orientamento sessuale (per promuovere il rispetto e diminuire le discriminazioni);
- Fascia 12-15 anni: spiegare come sia normale provare desiderio ed avere delle fantasie sessuali, mostrare come le persone possano esprimere la

propria sessualità in modi differenti e istruire a saper gestire questo tipo di sentimenti;

- Fascia 15-18+ anni: spiegare come la sessualità includa aspetti biologici, sociali, psicologici, spirituali, etici e culturali, facendo in particolare riflettere il singolo individuo su cosa influenza maggiormente la sua sessualità;

Organizzare programmi di educazione sessuale in così giovane età può portare a pensare che la *comprehensive sexuality education* comporti un abbassamento dell'età media del primo rapporto sessuale: al contrario, secondo alcuni studi la presenza di un'educazione sessuale fin dai primi anni di scuola porta ad un ritardo dell'incontro con la vita sessuale e a dei comportamenti sessuali più responsabili (maggiore uso del preservativo ad esempio) (21,23,24). Anche a livello religioso questo tipo di educazione può portare a degli scontri sociali, per questo l'Organizzazione Mondiale della Salute specifica le caratteristiche fondamentali di questo tipo di educazione, ovvero:

- Informazioni scientificamente provate (*evidence-based medicine*);
- Educazione appropriata e coerente con l'età e lo sviluppo degli studenti, incrementando le nozioni con lo scorrere dello sviluppo;
- Integrale, inclusiva e basata su un programma ben definito;
- Promotrice dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere;
- Appropriata e coerente con il contesto culturale;
- In grado di sviluppare nello studente abilità necessarie alla salute e al benessere singolo e collettivo.

Affinché quest'educazione venga realizzata al meglio, è fondamentale la formazione del personale responsabile dell'insegnamento. Innanzitutto la scuola deve selezionare gli educatori: essi vengono principalmente scelti tra la rosa degli insegnanti, oppure tra *peers* e professionisti sanitari esterni alla struttura scolastica. A prescindere dal tipo di educatore, uno studio (23) afferma che gli studenti cercano delle determinate qualità, ad esempio avere esperienza nell'insegnamento dell'educazione sessuale, non mostrare imbarazzo per gli argomenti e garantire la privacy in caso di colloqui individuali. Dal momento che circa solo uno studente su tre afferma di aver partecipato ad un'educazione sessuale adeguata, è molto importante sia avere un programma di studio di qualità sia lavorare nella

formazione degli educatori (dal momento che principalmente essi sono scelti tra gli insegnanti responsabili di altre materie nelle scuole). Gli educatori dovrebbero infatti aver partecipato a dei corsi di formazione, svolti da professionisti nel settore dell'educazione sessuale, sia prima dell'inizio delle lezioni che durante, al fine di sensibilizzare i docenti riguardo le tematiche da trattare, chiarire gli obiettivi di apprendimento, garantire che il programma di studio venga rispettato, fornire dei metodi di insegnamento alternativi e talvolta anche creare dei momenti di dialogo nel caso in cui alcuni insegnanti abbiano delle preoccupazioni o dei dubbi sulla propria salute sessuale e riproduttiva. È inoltre molto importante che i professionisti a carico dei corsi di formazione aiutino i futuri educatori a separare i propri valori personali dall'insegnamento stesso e concentrarsi sui bisogni di salute degli studenti: molto spesso attribuire l'educazione alla salute sessuale e riproduttiva a insegnanti già interni alla scuola e assegnati ad altre discipline può creare delle lacune nel programma di studio pianificato poiché il docente, a volte per motivi religiosi e culturali, può non sentirsi a suo agio nel parlare di un determinato argomento, ed è quindi fondamentale che la formazione avvenga al meglio e che i docenti si sentano liberi di accettare o meno l'incarico (21,22).

In conclusione, i fattori generali che garantiscono una qualità e sostenibilità dei programmi di educazione sessuale estensiva possono essere raggruppati in questi punti:

- La politica e il governo: ogni Stato ha il suo scenario politico e dipende da esso la possibilità di mettere in atto o meno questo tipo di educazione;
- La copertura del sistema scolastico: ad esempio se ci sono abbastanza strutture scolastiche e quanti ragazzi\e riescono ad accedervi;
- Il piano di studio: la sua completezza, qualità e rilevanza del contenuto;
- La distribuzione: la qualità della preparazione degli insegnanti;
- L'ambiente circostante: la scuola, la comunità e il supporto politico influenzano molto l'organizzazione di programmi di educazione sessuale estensiva (22).

È possibile infine evidenziare come il ruolo della politica e del quadro culturale siano in grado di creare degli ambienti più o meno favorevoli alla diffusione dell'educazione sessuale, talvolta ostacolandola e quindi compromettendo la salute sessuale e riproduttiva della popolazione.

L'EDUCAZIONE SESSUALE IN EUROPA

In Europa l'educazione alla salute sessuale e riproduttiva ha inizio circa negli anni 50 del 900', in particolare in Svezia dove divenne obbligatoria in tutte le scuole. Inizialmente gli altri stati scandinavi seguirono l'esempio della Svezia, introducendo dei programmi di educazione sessuale obbligatori. Successivamente altri stati dell'Europa occidentale seguirono lo stesso percorso, assieme poi agli stati dell'Europa centrale\orientale dopo la caduta del comunismo. Soltanto in pochi stati, specialmente dell'area mediterranea, l'educazione sessuale obbligatoria non era ancora stata introdotta nelle scuole. Nonostante la maggior parte dei Paesi europei avesse iniziato dei programmi di educazione alla salute sessuale e riproduttiva contemporaneamente, l'influenza reciproca è stata pressoché assente: ogni Stato ha creato degli standard specifici per i propri panorami culturali, e tutte gli studi di ricerca sono avvenuti a livello nazionale, senza la divulgazione dei risultati con gli altri Paesi membri. Infatti, questa indipendenza nell'organizzazione dell'educazione sessuale ha portato l'Europa ad una forte eterogeneità:

- In alcuni Stati si inizia l'educazione sessuale all'età di 5 anni (Portogallo), in altri invece a 14 anni (Italia, Spagna, Cipro), adeguando il programma all'età e allo sviluppo degli studenti;
- In alcune realtà l'educazione sessuale è pianificata come attività didattica indipendente, mentre in altre viene integrata con biologia, religione o educazione civica. Talvolta viene anche proposta secondo un approccio multidisciplinare, dove ogni insegnamento si concentra su degli aspetti specifici dell'educazione sessuale (ad esempio biologia tratterà più dell'anatomia e fisiologia della sessualità mentre le discipline umanistiche si soffermeranno più sugli aspetti sociali, relazionali ed emotivi);
- In alcuni Paesi l'educazione sessuale viene affidata a dei professionisti sanitari o strutture esterne alla scuola, mentre in altri viene assegnata agli insegnanti responsabili di altre discipline scolastiche;
- Il programma di studio viene spesso gestito e organizzato localmente, dalla singola struttura scolastica, ma in alcuni casi (Svezia) a causa della forte tradizione di centralizzazione delle autorità, la coordinazione avviene a livello nazionale.

Nonostante vi sia una profonda differenza tra l'organizzazione dell'educazione sessuale nei vari Stati europei, quasi tutti basano i propri corsi sulla struttura della *comprehensive sexuality education*, al contrario invece di come fanno negli USA dove l'educazione sessuale viene principalmente focalizzata sull'astinenza dai rapporti sessuali prematrimoniali (25).

Purtroppo, a causa della scarsa condivisione dei programmi educativi dei vari Stati, sono presenti pochi dati in grado di affermare l'efficacia e la qualità dell'educazione sessuale nei singoli stati. Uno studio in particolare però, riguardante la Finlandia, sottolinea l'importanza dell'obbligatorietà dei programmi di educazione sessuale. In Finlandia, nel 1970, fu introdotta l'educazione sessuale obbligatoria e dopo circa 20 anni essa fu resa opzionale: il risultato fu un deterioramento dell'educazione scolastica (qualitativamente e quantitativamente) che portò poi anche ad un abbassamento dei livelli di conoscenza sulla salute, arrivando ad un aumento del 50% dei tassi di aborto tra gli adolescenti. Questo studio è in grado di evidenziare quanto l'educazione alla salute sessuale e riproduttiva giochi un ruolo fondamentale nella salute della popolazione (e nei costi del sistema sanitario), e che la sua obbligatorietà dovrebbe essere garantita in tutti gli stati membri dell'Unione Europea (5,25,26).

LA SITUAZIONE IN ITALIA

Esponendo infine la situazione del panorama italiano, è evidenziabile una forte contrapposizione rispetto alle condizioni degli altri Stati europei.

In Italia, l'organizzazione dell'educazione alla salute sessuale e riproduttiva ha sempre dovuto scontrarsi con la forte influenza della Chiesa Cattolica e di alcuni partiti politici: negli ultimi 30 anni sono state stipulate diverse proposte di legge da parte del Ministero dell'Istruzione, al fine di renderla obbligatoria, ma senza alcun risultato. Al giorno d'oggi l'educazione sessuale è opzionale e nonostante essa venga garantita in alcune scuole (a studenti dell'età di 14-19 anni), la gestione è di totale competenza del preside della struttura scolastica e i programmi si concentrano principalmente sugli aspetti biologici ed anatomici dello sviluppo sessuale, senza soffermarsi sulla sfera psicologica, sociale ed emotiva come invece descritto dalle linee guida promosse dall'Organizzazione Mondiale della Salute e dall'UNESCO. Nonostante il Sistema Sanitario Nazionale promuova dei servizi territoriali, come i consultori, dove le persone possono recarsi se necessitano informazioni, essi spesso

non raggiungono adeguatamente la popolazione giovanile. Uno studio svolto dall'Istituto Superiore della Sanità nel 2016 ha infine evidenziato come i giovani riconoscano alla scuola un ruolo formativo fondamentale anche sui temi della sessualità e della salute riproduttiva, come emerso anche da un altro precedente studio avvenuto nel 2000: questi risultati dovrebbero incoraggiare l'Italia ad attuare delle modifiche nella gestione dell'educazione alla salute sessuale e riproduttiva, rendendola obbligatoria e inserendola al meglio nel panorama culturale del Paese (5,19,27).

SCOPO DELLO STUDIO

Lo sviluppo e la promozione dell'alfabetizzazione sanitaria possono essere considerati come un'importante strategia di *empowerment*: ogni individuo, nel corso della propria vita, ha la possibilità di acquistare consapevolezza di sé e controllo sulle proprie scelte, potendo migliorare quindi le proprie condizioni di vita e, in questo specifico ambito, la propria salute. Recenti studi hanno dimostrato come bassi livelli di *health literacy* influenzino negativamente lo stato di salute delle persone, rappresentando quindi un fattore di rischio per il benessere sia individuale che collettivo, aumentando le disuguaglianze tra la popolazione e incrementano i costi a carico del Sistema Sanitario (10).

In questo studio si propone quindi di analizzare ed indagare le conoscenze, le competenze e le capacità di azione sulla propria salute nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, in particolare concentrandosi sulla *sexual health literacy* e soffermandosi sulle infezioni sessualmente trasmissibili (IST). Lo scopo di tale studio sarà quindi evidenziare, nella popolazione campione, il livello di alfabetizzazione sanitaria applicata alla salute sessuale e riproduttiva, proponendo infine interventi educativi al fine di promuovere la prevenzione e l'informazione sanitaria.

MATERIALI E METODI

DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio è di tipo osservazionale descrittivo.

POPOLAZIONE

Nel seguente studio sono state coinvolte 173 persone, di età compresa tra i 18 e i 30 anni, nel periodo compreso tra il 01/06/2022 al 30/09/2022. I partecipanti sono stati contattati tramite piattaforme social (WhatsApp e Instagram), inviando loro il modulo Google contenente il questionario intitolato “Infezioni Sessualmente Trasmissibili – Conoscenze sulle infezioni sessualmente trasmissibili”. I criteri di inclusione dello studio sono: avere la maggiore età e la possibilità di accedere ad internet per la compilazione anonima del questionario.

RICERCA BIBLIOGRAFICA

La ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando la piattaforma *PubMed*. Il quesito di ricerca è stato concentrato su tre argomenti principali, ovvero l’alfabetizzazione sanitaria, la sua applicazione alla salute sessuale e riproduttiva e le infezioni sessualmente trasmissibili. Le parole chiave di ricerca utilizzate sono state le seguenti: “*health literacy*”, “*sexual health literacy*” e “*sexual transmitted infections*”, associate tra loro tramite gli operatori booleani AND e OR. Successivamente è stata ricavata la seguente stringa di ricerca: “(*“health literacy” OR “sexual health literacy”*) AND *sexual transmitted infection*”. Infine, sono stati selezionati i risultati in base alla lingua (italiano o inglese) e l’arco temporale di pubblicazione (inferiore a 5 anni).

Di seguito, il PIO elaborato:

P = patient	Popolazione giovani maggiorenni (18-30 anni)
I = intervention	Questionario su <i>sexual health literacy</i>
O = outcome	Promuovere l’alfabetizzazione sanitaria
Quesito di ricerca: quanto sono informati i giovani sulla prevenzione e la trasmissione delle malattie sessualmente trasmissibili?	

Tabella I: PIO

Le informazioni trovate negli articoli scientifici, risultati tramite la revisione della letteratura su *PubMed*, sono state poi integrate con testi, pubblicazioni e guide riguardanti la promozione e l'educazione della salute redatti dall'OMS, insieme a pubblicazioni dell'UNESCO, dell'UNFPA (Agenzia delle Nazioni Unite per la salute sessuale e riproduttiva) e dalla FISS (Federazione Italiana Sessuologia Scientifica) relativi all'educazione sessuale e riproduttiva. È stato inoltre inserito un rapporto ISTISAN progettato dall'Istituto Superiore di Sanità ed alcune pubblicazioni della Commissione Europea (*Publications Office of the European Union*), necessari per descrivere il panorama italiano all'interno dell'Europa.

Al termine della ricerca sono stati quindi individuati 74 records. Essi sono stati selezionati secondo i criteri di inclusione sopra indicati, portando quindi alla valutazione 61 articoli: ne è risultato la selezione di 42 articoli full text eleggibili, dei quali però solo 41 sono stati presi in considerazione nello studio. I rimanenti articoli sono stati valutati come non eleggibili poiché considerati come non pertinenti allo studio. Di seguito lo schema raffigurante la metodologia di selezione degli articoli risultati nella ricerca:

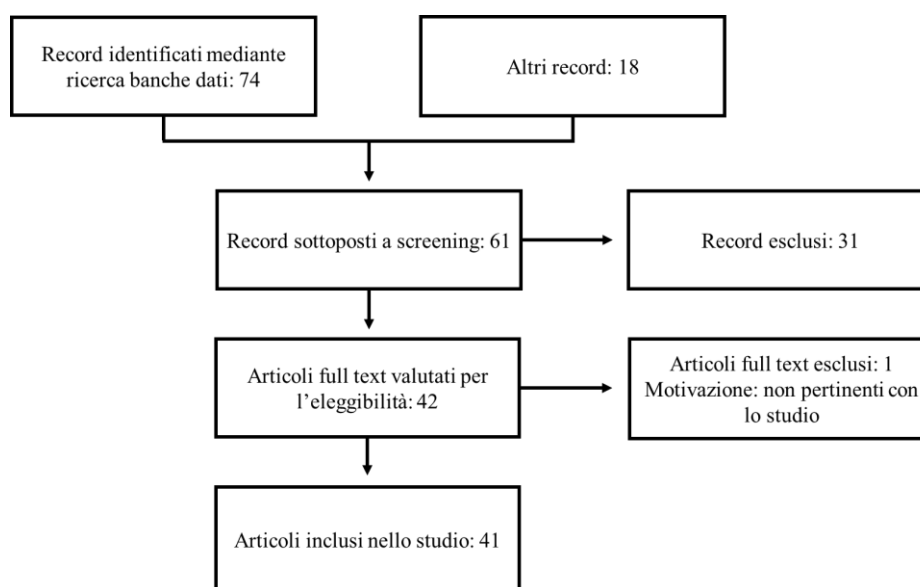


Figura 1. Schema raffigurante il percorso di ricerca bibliografica

SVOLGIMENTO DELLO STUDIO

Gli articoli ottenuti tramite la revisione della letteratura trattano principalmente i seguenti temi:

- L'alfabetizzazione sanitaria;

- Le conoscenze sull'anatomia e la fisiologia dell'apparato sessuale femminile e maschile, la contraccezione, la gravidanza e le infezioni sessualmente trasmissibili (concentrandosi su HIV/AIDS);
- La correlazione tra Human Papilloma Virus (HPV) e alfabetizzazione sanitaria, parlando anche della sua vaccinazione (e le barriere di genere);
- Il ruolo di internet (E-health literacy);
- Le minoranze sessuali e gli esiti di un'educazione sessuale non inclusiva (eterocentrica);
- La prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse;
- Il ruolo dei professionisti sanitari e degli educatori responsabili dell'educazione sessuale nella promozione della salute.

In un primo momento sono stati esaminati gli articoli dedicati principalmente all'alfabetizzazione sanitaria. Alcuni studi (4,7) hanno analizzato il livello di *health literacy* della popolazione campione tramite la somministrazione del *Newest Vital Sign*: questo strumento si basa sulla consegna ai partecipanti di un'etichetta nutrizionale ricavata da un contenitore di gelato da cui devono trarre delle informazioni necessarie per rispondere in modo corretto ad un quiz, composto da 6 domande, posto successivamente (28). Un altro studio (2) ha invece sviluppato l'analisi creando un questionario che indagasse dei particolari aspetti riguardanti la salute, distinguendo i temi delle domande in conoscenze teoriche e pratiche, pensiero critico, autoconsapevolezza e senso civico (17). Questi strumenti tuttavia si limitano a fornire un'analisi limitata all'alfabetizzazione sanitaria generale, non applicandola al tema della salute sessuale e riproduttiva: è stato infatti necessario in alcune indagini (4,7) creare e aggiungere dei questionari scritti (o interviste) al fine di analizzare le conoscenze sulla salute sessuale e riproduttiva. I risultati e le conclusioni degli articoli che fornivano prima un survey valutante l'*health literacy* e successivamente uno dedicato alle conoscenze e competenze sulla salute sessuale e riproduttiva hanno evidenziato uno stretto rapporto tra essi: i partecipanti che possedevano un basso livello di alfabetizzazione sanitaria aveva scarse informazioni riguardanti l'anatomia e la fisiologia dell'apparato sessuale, la contraccezione, la gravidanza e le infezioni sessualmente trasmissibili.

Altri studi hanno indagato approfonditamente le conoscenze sulla salute sessuale e riproduttiva: molte indagini si sono infatti basate solo sulla valutazione delle

informazioni teoriche e abilità pratiche possedute dai partecipanti, senza soffermarsi sulla loro alfabetizzazione sanitaria. In questi studi (29–32) le domande dei questionari si sono quindi focalizzate sulla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse (in particolare l'HPV e la sua vaccinazione), sulla promozione della salute sessuale, sull'analisi del concetto di sessualità e affettività e sui comportamenti a rischio per la salute personale e collettiva. I risultati di questi studi mostrano come la correttezza delle conoscenze in possesso dei partecipanti sia direttamente proporzionale alla qualità dell'educazione sessuale precedentemente acquisita, sottolineando quindi quanto l'educazione sia fondamentale nella promozione della salute sessuale e riproduttiva.

Un'altra serie di studi (23,24,33,34) tratta in particolare dell'educazione e della promozione alla salute, facendo inoltre attenzione anche al ruolo dei professionisti sanitari nella formazione e alfabetizzazione della popolazione sulla salute sessuale e riproduttiva. Questi articoli hanno evidenziato l'importanza di formare il personale sanitario all'educazione sessuale già durante la laurea, insegnando loro come strutturare un corso, anche facendo particolare attenzione nell'inclusione delle minoranze sessuali (comunità LGBTQ+), e inoltre prepararli all'assistenza dei pazienti risultati positivi ad un'infezione sessualmente trasmessa, aiutando nel percorso di cura e nell'eventuale relazione con il partner.

Successivamente, sono stati analizzati alcuni articoli (35–37) che studiano il ruolo del web, considerati rilevanti a causa del sempre più diffuso utilizzo di piattaforme online per la ricerca di informazioni sulla salute. Essi si focalizzano in particolare sulla capacità dei partecipanti di trovare, valutare e applicare le informazioni di salute trovate online (*E-health literacy*), sul grado di influenza delle nozioni trovate in internet nelle scelte sanitarie del singolo e sull'ipotesi di poter creare delle soluzioni sanitarie digitali personalizzate per facilitare e promuovere i comportamenti sani. Questi studi hanno evidenziato come sempre più si faccia uso del web per la ricerca di informazioni sanitarie, senza però navigare nei siti certificati: molti partecipanti accedevano a siti internet non verificati e quindi con potenziali informazioni scorrette. Inoltre è stato dimostrato come molto spesso il livello di ansia e preoccupazione aumentava dopo aver consultato il web a causa del vasto contenuto di informazioni non sempre sovrapponibili allo stato di salute del singolo.

Infine, sono stati inclusi due studi trasversali (38,39) il cui quesito di ricerca si basa sul comportamento della popolazione in caso di diagnosi di positività o apparizione dei sintomi di un'infezione sessualmente trasmissibile: la rilevanza di questi studi è fortemente correlabile al concetto di *health literacy*, poiché è stato dimostrato come l'alfabetizzazione dei pazienti influenza direttamente la loro conoscenza sulla salute, sul loro stato di salute, sui comportamenti a rischio e sull'uso dei servizi sanitari di prevenzione e trattamento.

In un secondo momento, sulla base della letteratura è stato costruito un questionario anonimo che comprendesse un'analisi dell'alfabetizzazione sanitaria mirata alla salute sessuale e riproduttiva. Per la stesura del questionario è stata creata una prima parte dedicata alle domande sociodemografiche, necessaria per identificare il campione: sesso, età, nazionalità, occupazione (ed eventuale indirizzo di studi se attualmente studente), previa educazione, percorso di studi e occupazione materna/paterna. Successivamente, per le domande su *sexual health literacy* è stato utilizzato come schema di base il questionario convalidato dal *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Network* (17) poiché esso dividendo l'analisi dell'alfabetizzazione sanitaria in categorie generali, lo rende facilmente applicabile a contesti differenti. La stesura delle domande si è poi focalizzata sulle infezioni sessualmente trasmissibili, sull'utilizzo del web e sul ruolo dell'educazione sessuale. Le domande, basate sullo schema precedentemente citato e divise in domande a risposta multipla e domande aperte, presentavano quindi i seguenti temi:

- Conoscenze teoriche (tre domande):
 - Valutare il livello di conoscenza sull'HPV e sulle vie di trasmissione delle IST;
 - Valutare l'abilità di proporre degli esempi su come prevenire la diffusione dell'IST e su quali argomenti approfondire in un corso di educazione sessuale;
- Conoscenze pratiche (due domande):
 - Fornire delle definizioni sulla Clamidia e valutare l'abilità di saper distinguere quali di esse forniscano delle informazioni certificate, chiare e complete;
 - Valutare l'abilità di saper seguire le istruzioni date dal personale sanitario per prevenire la diffusione di IST;

- Pensiero critico (tre domande):
 - Valutare l'abilità di saper comparare le informazioni ricavate da diverse fonti, in particolare da diversi siti internet (certificati e non);
 - Valutare l'abilità del singolo di capire se le informazioni sanitarie fornite sull'AIDS/HIV e HPV siano corrette o sbagliate;
- Autoconsapevolezza (due domande):
 - Valutare l'abilità del singolo di giudicare come la positività di una persona ad una IST possa influenzare la salute di un'altra;
 - Valutare l'abilità di saper giustificare le proprie scelte di salute, in particolare nell'utilizzo di metodi anticoncezionali di barriera (profilattico);
- Senso civico (due domande):
 - Valutare l'abilità del singolo di giudicare come le azioni di una persona possano ricadere ed influenzare l'ambiente circostante, in particolare fornendo esempi nella prevenzione della diffusione dell'HPV (vaccinazione, campagne di screening);
 - Valutare l'abilità del singolo di proporre idee su come migliorare le conoscenze sulle IST.

È infine stata aggiunta una domanda (per un totale di tredici domande inerenti alla *sexual health literacy*) di carattere comportamentale, non obbligatoria per la compilazione del questionario, che chiedeva ai partecipanti se avessero mai avuto un rapporto sessuale non protetto (senza l'uso del profilattico) al fine di ricavare una percentuale significativa della popolazione potenzialmente a rischio per la trasmissione di IST.

Il questionario (Appendice 1) è stato poi inviato tramite piattaforme social (WhatsApp e Instagram), scegliendo questa via di diffusione al fine di poter raggiungere un numero elevato di partecipanti, garantendone inoltre l'eterogeneità. I dati ottenuti sono stati poi inseriti in un apposito database per poterne analizzare le caratteristiche e poterli correlare ai dati sociodemografici (sesso, previa educazione, occupazione ed eventuale percorso di studi in atto). Le domande a risposta multipla di conoscenza teorica, pratica, pensiero critico e autoconsapevolezza, poiché valutabile la correttezza delle loro risposte, sono state inserite in una tabella al fine di ricavare un ipotetico livello di alfabetizzazione

sanitaria dei partecipanti. Utilizzando quindi lo schema del *Newest Vital Sign* (28), al fine di ricavare un'immagine quanto più completa dell'alfabetizzazione sanitaria del campione, si è prima creata una scala di valori (da 1 a 8) corrispondenti alla quantità di risposte corrette all'interno delle 8 domande valutabili. Successivamente si è diviso le risposte per sesso e categorie (“Previa educazione”, “Occupazione”, “Indirizzo di studio”) al fine di analizzare i diversi livelli di alfabetizzazione in relazione allo stato sociale e situazione educativa dell'individuo. Infine, poiché nello schema del *Newest Vital Sign* i valori sono divisi in 6, tramite una proporzione si è equiparato il modello valutativo con le 8 domande del questionario del seguente studio, identificando un schema, ovvero: 0-2 risposte corrette significano un'alta probabilità di un'alfabetizzazione sanitaria limitata, 3-4 risposte corrette significano una possibilità di alfabetizzazione sanitaria limitata e 5-8 risposte corrette indicano invece un'adeguata alfabetizzazione sanitaria. Infine sono poi state analizzate le domande a risposta aperta dividendole in macrocategorie a seconda degli argomenti più discussi.

RISULTATI

DATI SOCIODEMOGRAFICI

Il campione (Appendice 2) è quasi totalmente di nazionalità italiana (98,3%) ed è composto prevalentemente da persone di sesso femminile (72,3%). Il 91,3% del campione ha un'età compresa tra i 19 e i 24 anni, in particolare il 22,5% ha un'età di 22 anni. Nella domanda sull'occupazione, l'86,1% dei partecipanti ha affermato di essere studente, con una grande eterogeneità nell'indirizzo di studio seguito, e poco più della metà del campione afferma di aver frequentato un liceo (57,2%). Infine, concentrandosi sull'analisi sociodemografica dei genitori del campione, la maggior parte risulta essere impiegato (25,4% maschi e 45,7% femmine) con un titolo di studio di scuola secondaria di secondo grado (51,4% maschi e 54,3% femmine).

ANALISI DEL QUESTIONARIO

La parte del questionario relativa alla *sexual health literacy* è stata esaminata dividendo innanzitutto il campione tra maschi e femmine e successivamente analizzandolo secondo queste tre modalità:

- Analisi delle domande a risposta multipla e successivamente secondo previa educazione, occupazione e indirizzo di studio;
- Analisi delle domande a risposta aperta tramite categorizzazione dei principali temi discussi e analisi della prima domanda di carattere comportamentale;
- Analisi secondo lo schema del *Newest Vital Sign*, mantenendo la divisione per sesso e la categorizzazione della prima analisi.

Nello specifico, le risposte al questionario sono analizzate secondo categorie, sono state divise per previa educazione, occupazione e infine indirizzo di studi. Nei grafici all'Appendice 3 è possibile notare la distribuzione percentuale di ogni risposta per la categoria "Previa educazione", rispettivamente divisa per classe 1 "centro di formazione professionale", classe 2 "istituto tecnico", classe 3 "liceo", classe 4 "laurea e titoli superiori"; di seguito sono state poi analizzate la categoria "Occupazione", divisa in "studente", "impiegato", "operaio", "LP" (libero

professionista) e “altro”; e infine la categoria “Indirizzo di studio”, divisa in “agraria”, “economia”, “giurisprudenza”, “ingegneria”, “medicina”, “psicologia”, “scienze”, “scienze umane”, “altro”, “corso di formazione”. Esaminando quindi ogni domanda in relazione alle categorie sopra indicate, sono di seguito descritte in dettaglio le risposte che sono state scelte dalla maggior parte dei partecipanti, e sono riportate all’Appendice 3 i grafici con la distribuzione percentuale per sesso di ogni domanda.

Nella prima domanda (Appendice 3.1) “Le IST (infezioni sessualmente trasmissibili) possono essere trasmesse tramite sesso orale non protetto?” il 94% dei partecipanti ha risposto “Sì”, tra cui il 97% della classe 3, il 100% degli impiegati e LP e il 100% di giurisprudenza, medicina, psicologia, scienze umane e corso di formazione.

Nella seconda domanda (Appendice 3.2) “L’HPV (Human Papilloma Virus) che tipi di tumore può causare?” l’opzione 1, ovvero “Tumore al collo dell’utero, tumore dell’orofaringe e dell’ano”, è stata scelta dal 45% del campione, tra cui il 57% della classe 4, il 67% dei LP e dal 77% di medicina, mentre l’opzione 2 “Tumore del collo dell’utero” dal 47% del campione, tra cui il 50% della classe 1, il 75% degli operai e il 100% di giurisprudenza; una piccola minoranza ha invece selezionato l’opzione 3 (8%) e 4 (1%).

Nella terza domanda (Appendice 3.3) “Un giorno scopri che un tuo compagno di scuola è risultato positivo alla Clamidia. Non essendo a conoscenza di quest’infezione, decidi di cercare informazioni su Google. La ricerca produce questi tre risultati: per quanto esse siano simili, quale di queste definizioni ritieni sia più COMPLETA e CHIARA?” il 64% dei partecipanti, tra cui il 70% della classe 2 e il 100% di LP e giurisprudenza ha selezionato l’opzione 1, ovvero la definizione dell’Istituto Superiore di Sanità, mentre l’opzione 2 (definizione del sito www.nurse24.it) è stata selezionata dal 17% del campione, ed infine il 20%, tra cui il 50% della classe 1, ha selezionato l’opzione 3 (definizione del sito www.my-personaltrainer.it).

Nella quarta domanda (Appendice 3.4) “L’AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) è una malattia infettiva causata dal virus HIV (virus dell’immunodeficienza umana) il quale, in un arco di tempo relativamente lungo

(fino anche a 10 anni dal contagio), attacca e distrugge un particolare tipo di globuli bianchi, rendendo il soggetto immunodepresso. Basandoti sulle informazioni appena fornite, seleziona l'affermazione secondo te più corretta” il 61% del campione, tra cui il 74% della classe 4 e il 100% di LP, psicologia e giurisprudenza, ha selezionato l'opzione 1, ovvero “Le persone affette da AIDS [...] sono più suscettibili alle infezioni di qualsiasi tipo [...]”; il 18%, tra cui il 50% della classe 1, il 75% degli operai e il 28% di ingegneria, ha selezionato l'opzione 2 “Le persone affette da HIV [...] hanno un rischio maggiore [...] di contrarre infezioni a livello dell'apparato genitale” e infine il 21%, tra cui il 50% della classe 1 e il 42% di economia, ha scelto l'opzione 3 “Le persone affette da HIV, una delle principali malattie [...]”.

Nella quinta domanda (Appendice 3.5) “Sapendo che il virus dell'HIV può essere trasmesso solo tramite determinati fluidi corporei (sangue e derivati, sperma, secrezioni vaginali e latte materno), secondo te in quale di queste situazioni vi è un alto rischio di contrarre l'HIV?” il 72%, tra cui l'89% della classe 4, il 100% dei LP e l'88% di scienze, ha risposto selezionando l'opzione 1, ovvero “Un bambino che nasce da parto spontaneo (vaginale)”, il 13%, tra cui il 33% di classe 1, il 15% degli studenti e il 100% di giurisprudenza, ha selezionato l'opzione 2 “Usare lo stesso spazzolino di una persona sieropositiva” mentre il 15%, tra cui il 33% della classe 1, il 50% degli operai e il 33% di psicologia, ha selezionato l'opzione 3 “Condividere il bagno con una persona sieropositiva”.

Nella sesta domanda (Appendice 3.6) “Nel mondo ogni giorno vengono diagnosticate un milione di IST (la maggior parte delle quali asintomatiche). Se il tuo medico ti consigliasse di eseguire degli esami diagnostici per le IST ogni volta che cambi partner, lo faresti? Rispondi sinceramente.” il 71% ha risposto selezionando “Sì”, tra cui il 74% della classe 3, il 75% degli studenti e il 100% di giurisprudenza.

Nella settima domanda (Appendice 3.7) “Qualche giorno fa hai avuto un rapporto sessuale non protetto (senza preservativo) con un partner occasionale che non conosci e oggi inizi ad avere del fastidio nella zona intima, in particolare ti accorgi della presenza di alcuni puntini rossi decisamente pruriginosi. Cerchi subito su Google se i tuoi sintomi possano essere correlati a qualcosa di grave e compaiono questi risultati: quale sito internet sceglieresti per primo?” l'8% dei partecipanti, tra

cui il 10% della classe 3, il 9% degli studenti e il 100% di giurisprudenza, ha selezionato l'opzione 1 (www.saperidoc.it), il 32%, tra cui il 40% della classe 4, il 67% di LB e psicologia, ha risposto tramite l'opzione 2 (www.msmanuals.com), il 17%, tra cui il 67% della classe 1, il 75% di operai e agraria, ha selezionato l'opzione 3 (www.miodottore.it) mentre il 42%, tra cui il 45% della classe 3, il 75% di "altro" e il 53% di scienze umane, ha scelto l'opzione 4 (www.my-personaltrainer.it).

Nell'ottava domanda (Appendice 3.8) "A "persona X" viene diagnosticata una IST e decide di contattare tutti i suoi precedenti partner con cui ha avuto recentemente dei rapporti sessuali non protetti, al fine di capire da chi abbia preso l'infezione: tu fai parte di uno di loro e vieni quindi contattata\o. Come giudicheresti l'azione di X?" il 98% dei partecipanti, tra cui il 100% della classe 2 e 4, degli impiegati, LP, "altro", e di tutta la categoria "Indirizzo di studi", ha risposto selezionando l'opzione 1, ovvero "La ritengo un'azione corretta [...]"; un partecipante ha inoltre aggiunto una risposta a piacere, ovvero "Ritengo sia una scelta responsabile e giusta. Controllo la data degli ultimi test rapidi fatti in concomitanza dell'ultima donazione del sangue e valuto se fare test aggiuntivi in base al tipo di malattia contratta dal partner sessuale".

Nella nona domanda (Appendice 3.9) "Come pensi che si potrebbero migliorare le conoscenze sulle infezioni sessualmente trasmesse? Quale di queste secondo te potrebbero essere le vie di comunicazione PIU' efficaci?", dove era possibile selezionare più di una risposta, l'85% dei partecipanti ha selezionato l'opzione 1 "Promuovendo campagne di screening gratuite [...]", il 53% ha scelto l'opzione 2 "Condividendo informazioni online [...]", il 97% del campione, tra cui il 100% della classe 4, degli impiegati, di LB e di agraria, economia, giurisprudenza (a pari con l'opzione 1), ingegneria, medicina, psicologia (a pari con l'opzione 1 e 2) e scienze (a pari con l'opzione 1), ha risposto tramite l'opzione 3 "Facendo corsi di educazione sessuale nelle scuole [...]", il 39% ha selezionato l'opzione 4 "Rendendo inclusi nelle visite medico-sportive test diagnostici per le IST", il 10% ha risposto selezionando l'opzione 5 "Facendo campagne informative nelle piazze [...]" mentre il 36% ha selezionato l'opzione 6 "Creando App gratuite [...]"; inoltre, 2 partecipanti hanno aggiunto 2 risposte a piacere, rispettivamente

“Anticipando i corsi di educazione sessuale alle classi quinta elementare o prima media” e “Diminuendo il costo dei profilattici”.

Infine, nella decima domanda (Appendice 3.9.1) “Nel 2018 l'infezione da HPV è stata associata a 570.000 casi di cancro e ad oltre 311.000 decessi a causa di esso. Secondo l'OMS, la vaccinazione sarebbe in grado di prevenire milioni di morti. Secondo te, quale sarebbe il modo migliore per prevenire le morti da HPV?” dove era possibile selezionare più di una risposta, l'80% dei partecipanti, tra cui l'83% della classe 4, il 100% di “altro” e il 100% di giurisprudenza (a pari dell'opzione 3 e 4) e psicologia (a pari dell'opzione 3), ha selezionato l'opzione 1, ovvero “Promuovere la campagna di vaccinazione ad entrambi i sessi”, il 36% ha scelto l'opzione 2 “Rendere il vaccino obbligatorio”, il 66%, tra cui il 79% della classe 2 e 75% di “altro”, ha risposto tramite l'opzione 3 “Incentivare le campagne di screening per poter diagnosticare il tumore [...]”, il 46%, tra cui il 53% della classe 3 e il 100% di LP, ha risposto selezionando l'opzione 4, ovvero “Eseguire richiami [...] per mantenere l'effetto della vaccinazione” e il 18% ha selezionato l'opzione 5, ovvero “Vaccinare nelle scuole”.

ANALISI TEMATICA E COMPORTAMENTALE

In secondo luogo, si è proceduto alla seconda modalità di analisi esaminando quindi le domande a risposta aperta e la domanda comportamentale. Le domande a risposta aperta erano due: “Proponi almeno tre argomenti che andrebbero discussi in un corso di educazione sessuale” e “Stai per avere un rapporto sessuale con un partner occasionale e quando chiedi di usare il preservativo, ti dice di no. Elenca almeno tre motivi che useresti per sostenere la tua tesi (ovvero usare il preservativo)”. L'analisi di queste due domande si è basata sull'identificazione delle tematiche principalmente trattate dal campione, suddividendo poi le risposte tra maschi e femmine. Di seguito sono descritte le distribuzioni percentuale dei risultati ottenuti.

Nel grafico sotto indicato (Figura 2) è possibile vedere gli argomenti principalmente trattati rispettivamente per la prima e la seconda domanda.

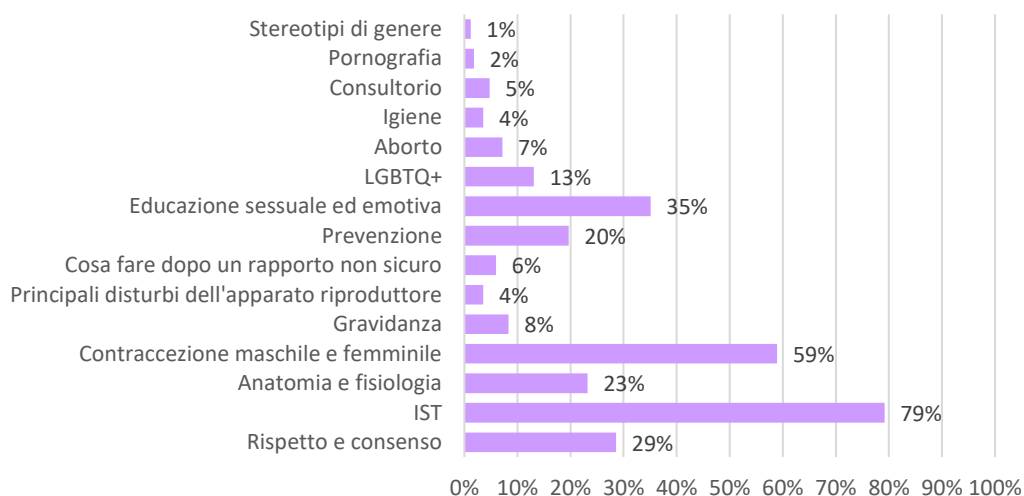


Figura 2: distribuzione percentuale delle tematiche trattate nell'undicesima domanda

In particolare, nel primo grafico, relativo alla prima domanda, le tematiche discusse sono state: IST (73%), la contraccezione maschile e femminile (52%), l'educazione emotiva e sessuale (42%), l'anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttore di entrambi i sessi (19%), la prevenzione (19%), il tema LGBTQ+ (19%), il concetto di consenso e rispetto (13%), la gravidanza (8%) e l'aborto (6%), cosa fare dopo aver avuto un rapporto non sicuro (8%), il ruolo del consultorio (4%), gli stereotipi di genere nella società (4%), l'igiene intima (2%), la pornografia (2%) e i principali disturbi (PCOS, varicocele) dell'apparato riproduttore (2%). Di seguito sono riportate alcune delle risposte più significative:

“1. Esistenza di differenti orientamenti sessuali e identità di genere (spesso a scuola quando si fa educazione sessuale si parla solo in ambito cis-eterosessuale, escludendo le persone non-etero e non-cis). 2. Informare delle realtà a cui rivolgersi in caso di problemi e domande (cosa fare in caso di gravidanza inaspettata, a chi rivolgersi per l'aborto, domande rispetto al benessere sessuale, centri antiviolenza, etc.). 3. Promuovere l'amore e la stima di sé in ambito affettivo e fisico.” (M, 22 anni)

“[...] contraccezione e protezione, principali anomalie o problematiche degli apparati genitali e annessi, l'importanza della sfera emotiva nel mondo della sessualità ed una buona formazione sulle IST” (F, 21 anni)

“Malattie sessualmente trasmissibili, educazione emotiva, introduzione del concetto di consenso” (F, 24 anni)

“Come avere rapporti sessuali in sicurezza, come controllare i propri genitali per prevenire o per accorgersi di eventuali problematiche (anomalie) [...]” (M, 22 anni)

“La reale pericolosità delle malattie, spesso viste come cose "lontane" a noi stessi, che capitano agli altri” (M, 19 anni)

Analizzando successivamente la seconda domanda (Figura 20), gli argomenti forniti dal campione sono stati: il rischio di contrarre delle IST (89%), il rischio di concepimento (80%), garantire sicurezza e tranquillità (35%), il rispetto delle scelte altrui e il consenso (31%), l’igiene (9%) e la fiducia (2%). Come sopra, vengono nuovamente riportate alcune delle risposte più significative:

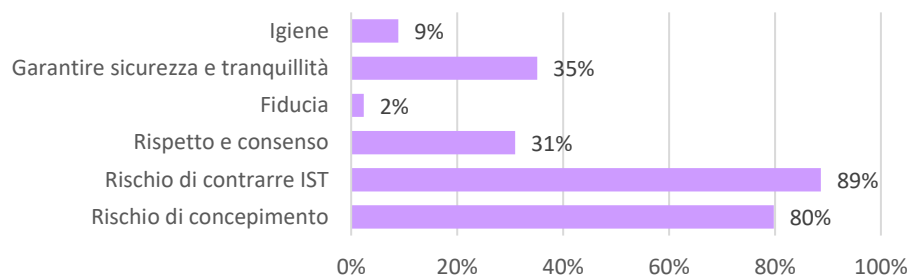


Figura 3: distribuzione percentuale per tematiche trattate nella dodicesima domanda

“Si abbassa notevolmente il rischio di trasmettersi [...] malattie [...]. Si abbassa notevolmente la possibilità di una gravidanza non desiderata. [...] garantisce [...] maggiore sicurezza e quindi più serenità dopo il rapporto” (F, 19 anni)

“Non credo sia necessario convincere l'altra persona, deve andargli bene [...] per rispetto mio” (F, 22 anni)

“[...] il rispetto per la volontà dell'altro è una condizione imprescindibile per avere un rapporto [...]” (F, 21 anni)

“Usarlo rende il rapporto più piacevole per entrambi perché non dobbiamo preoccuparci di infezioni o gravidanze [...]” (F, 19 anni)

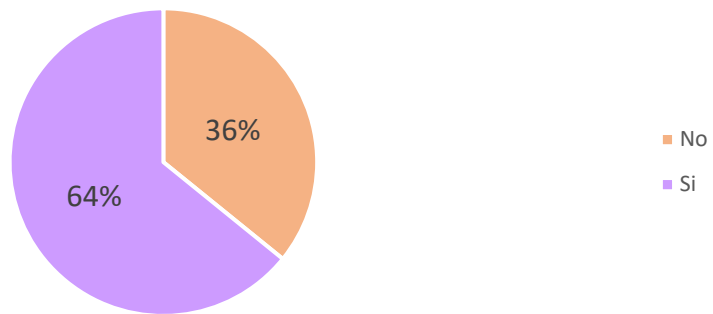


Figura 4: distribuzione percentuale della domanda comportamentale

Soffermandosi infine sull’analisi della domanda comportamentale “Hai mai avuto un rapporto sessuale non protetto (senza l’uso del preservativo fin dall’inizio del rapporto)?”, avendo essa lo scopo di identificare la fascia di campione a rischio di contatto con una o più IST, si è preferito analizzare la distribuzione percentuale dell’intero campione, dividendolo unicamente per la popolazione maschile e femmine. Sopra (Figura 4) è riportato il grafico della distribuzione percentuale del totale, dove è possibile notare che il 36% dei partecipanti ha selezionato “No” mentre il 64% ha risposto “Si”.

ANALISI SEXUAL HEALTH LITERACY

Infine, si è passati all’analisi dell’*health literacy* utilizzando lo schema del *Newest Vital Sign* adattato al seguente questionario. Di seguito (Figura 5) viene riportato il grafico raffigurante le risposte del campione completo, divise prima in 8 livelli e poi inserite nel modello per la valutazione.

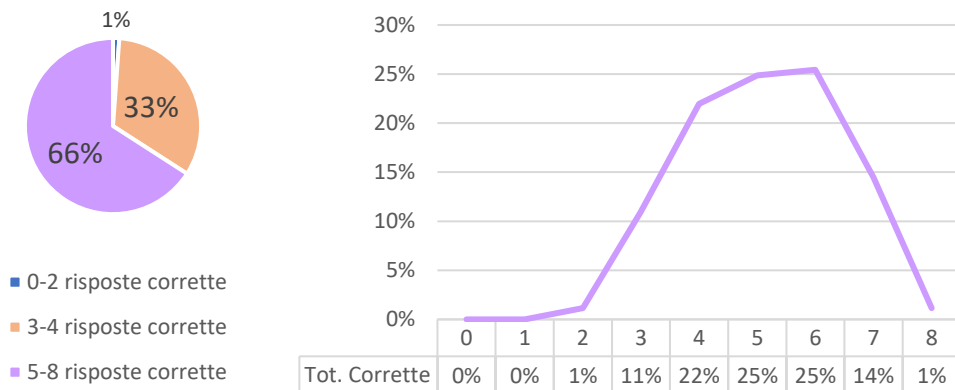


Figura 5: distribuzione percentuale dell’alfabetizzazione sanitaria del campione secondo lo schema adattato del *Newest Vital Sign* (a sinistra) e la divisione per il totale delle risposte corrette (a destra)

È possibile notare come il 66% del campione presenti un'adeguata alfabetizzazione sanitaria, mentre il 33% abbia un'alta probabilità di un'alfabetizzazione sanitaria limitata e l'1% sia correlato ad una possibilità di alfabetizzazione sanitaria limitata. Andando invece ad analizzare lo schema sulla destra della Figura 6, si evince come nessuno dei partecipanti ha totalizzato 0 o 1 risposte corrette, l'1% ha raggiunto 2 e 8 risposte corrette (rispettivamente ai margini del grafico), l'11% ha totalizzato 3 risposte corrette, il 22% 4 risposte corrette, il 25% 5 e 6 risposte corrette (presentando la maggioranza) e infine il 14% ha totalizzato 7 domande corrette.

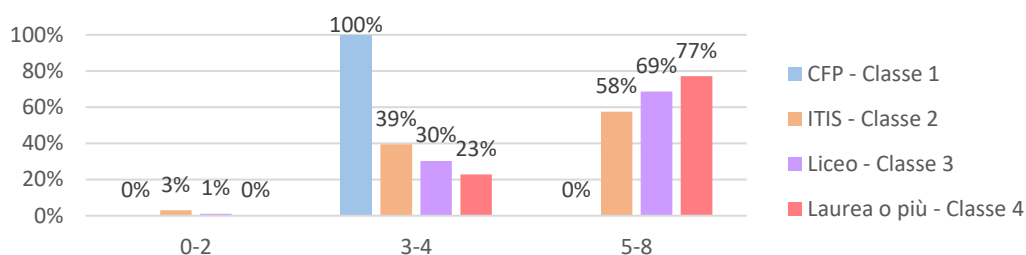


Figura 6: distribuzione percentuale dell'alfabetizzazione sanitaria del campione per la categoria "Previa educazione"

Nella Figura 6 è descritta l'alfabetizzazione del campione in relazione alla categoria "Previa educazione". In particolare, è possibile notare come il 100% dei partecipanti che hanno frequentato un CFP (classe 1) abbiano selezionato dalle 3 alle 4 risposte corrette mentre il 58% della classe 2, il 69% della classe 3 e il 77% della classe 4 ha invece totalizzato dalle 5 alle 8 risposte corrette.

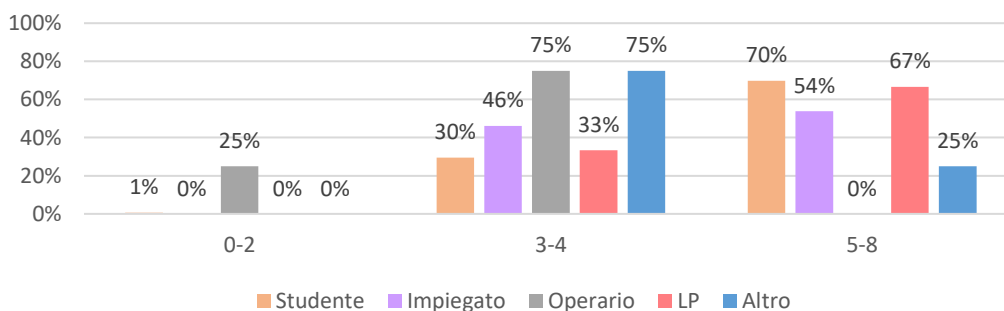


Figura 7: distribuzione percentuale dell'alfabetizzazione sanitaria del campione per la categoria "Occupazione"

Successivamente, nella Figura 7 è rappresentata l'alfabetizzazione sanitaria del campione in relazione alla categoria "Occupazione". Dal grafico si evince come il 75% del campione appartenente sia alla serie operai sia alla serie altro abbia selezionato dalle 3 alle 4 risposte corrette mentre il 70% degli studenti, il 54% degli impiegati 3 e il 67% dei LP ha invece totalizzato dalle 5 alle 8 risposte corrette.

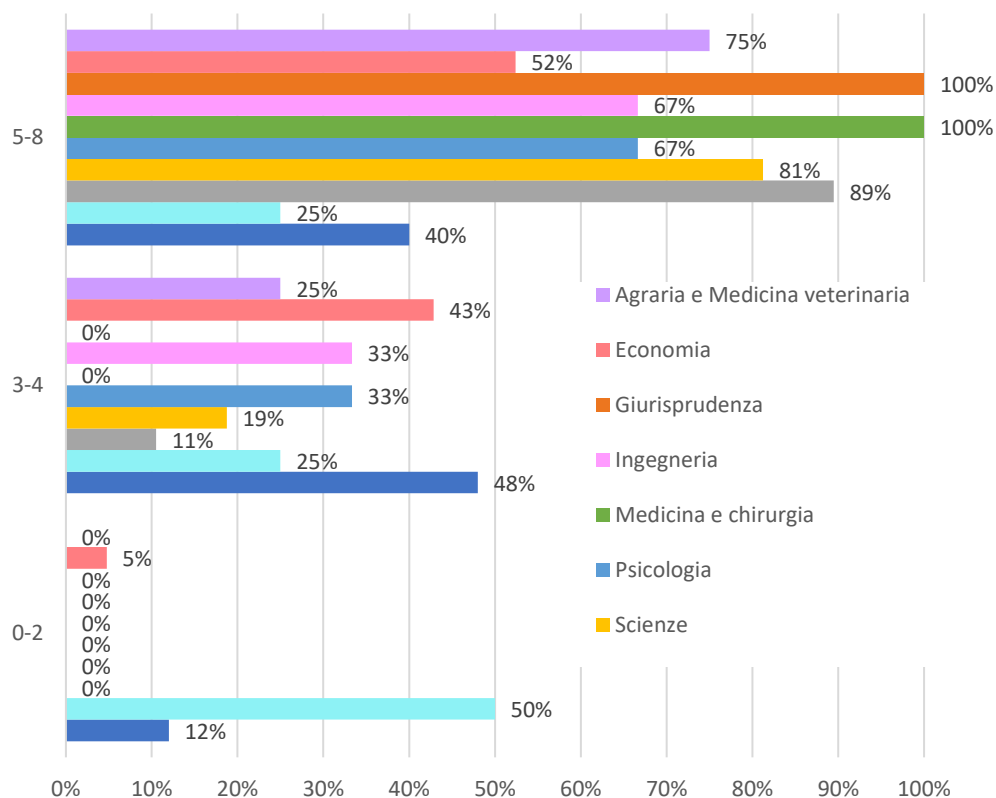


Figura 8: distribuzione percentuale dell'alfabetizzazione sanitaria del campione per la categoria "Indirizzo di studio"

Infine, esaminando la categoria "Indirizzo di studio" (Figura 8) è possibile notare come il 75% di agraria, l'81% di scienze, il 52% di economia, il 100% di giurisprudenza e medicina, il 67% di ingegneria e psicologia e l'89% di scienze umane abbia totalizzato dalle 5 alle 8 risposte corrette, mentre il 48% di altro abbia selezionato dalle 3 alle 4 risposte corrette e infine il 50% del campione iscritto ad un corso di formazione ha totalizzato dalle 0 alle 2 risposte corrette.

DISCUSSIONE

Analizzando i dati sociodemografici del campione è risultato come la maggior parte di esso sia italiano di sesso femminile, abbia un'età compresa principalmente tra 20 e 22 anni, sia studente e abbia frequentato in precedenza il liceo; successivamente, la situazione familiare del campione presenta che la maggior parte dei genitori ha frequentato una scuola secondaria di secondo grado ed è tuttora lavoratore impiegato.

Il campione, confrontandolo con la letteratura scientifica, dovrebbe posizionarsi ad un livello di alfabetizzazione sanitario superiore alla media europea: infatti, secondo i risultati del seguente studio, il 66% del campione presenta un'adeguata *sexual health literacy*, superiore al 55% risultato da uno studio europeo del 2019 (2,6). Inoltre, analizzando invece la differenza di alfabetizzazione sanitaria (applicata alla salute sessuale e riproduttiva) tra i sessi, è risultato che il campione di sesso femminile presenti un livello di alfabetizzazione adeguata lievemente maggiore (66%) rispetto al livello del campione di sesso maschile (65%). Infine, associando i livelli di *sexual health literacy* alle categorie "Previa educazione", "Occupazione" e "Indirizzo di studio", è possibile notare rispettivamente come al crescere del livello di istruzione (CFP, ITIS, liceo, laurea o più) il livello di "adeguata alfabetizzazione sanitaria" aumenti (da un 0% nel CFP ad un 77% nella laurea o più); successivamente al pari con gli studenti (70%) in confronto agli operai (0%) e per gli indirizzi di studio inerenti all'ambito socio-sanitario (100%), permettendo quindi di poter confrontare al meglio le singole risposte e i temi trattati con la letteratura disponibile.

Analizzando le domande a risposta multipla, la totalità del campione ha riconosciuto il sesso orale come possibile canale di trasmissione per le IST, mostrando tuttavia tra le categorie operaio e classe 1 (CFP) un'elevata percentuale di risposte sbagliate, associabile al minor grado di istruzione del campione considerato (2).

Nella domanda relativa alle conseguenze di un'infezione da Human Papilloma Virus (HPV), in particolare ai tipi di tumore che esso può causare, soltanto la Classe 4 (laurea o più), gli impiegati e i liberi professionisti, e i gli indirizzi di studio di

ingegneria, medicina, psicologia e scienze umane hanno selezionato in percentuali maggiori la risposta corretta, evidenziando come il tema dell'HPV sia ancora poco conosciuto dalla popolazione con una minor alfabetizzazione sanitaria (7). Analizzando le risposte del campione maschile e femminile, è possibile notare come il 40% della popolazione maschile abbia selezionato la risposta corretta ovvero "Tumore al collo dell'utero, tumore dell'orofaringe e dell'ano", al pari però della risposta incompleta "Tumore al collo dell'utero", selezionata anch'essa dalla maggior parte del campione femminile (49%). Il tema del HPV presenta quindi molte incomprensioni, è ancora poco trattato e particolarmente stereotipato: l'HPV è infatti associato spesso ad un rischio limitato alla popolazione femminile nonostante esso riguardi anche la popolazione maschile. Infatti, secondo alcuni studi (30,40) inerenti alla vaccinazione per l'HPV, il virus non solo è associato principalmente al sesso femminile a causa della divulgazione di informazioni prettamente connesse alle donne (causa di disconoscenza e allontanamento della popolazione maschile), ma è anche considerato sinonimo di promiscuità e la sua vaccinazione viene vista potenzialmente dannosa da molti. Inoltre, un ulteriore fattore che ne influenza l'associazione di genere è l'opinione dei professionisti sanitari: molti operatori infatti suggeriscono il vaccino maggiormente alla popolazione femminile (30,40). Tuttavia, dall'analisi il campione sembra riconoscere l'HPV come un virus potenzialmente dannoso sia per gli uomini che per le donne. In particolare nella domanda aperta, sono state selezionate anche le opzioni di miglioramento delle campagne di screening del tumore e dell'istituzione di richiami vaccinali al fine di mantenere un'adeguata immunizzazione.

Nelle domande collegate all'uso di siti internet, inerenti alle capacità di saper comparare le informazioni da diverse fonti e riconoscere quelle certificate, chiare e complete, i risultati presentano una grande eterogeneità. I risultati evidenziano come il tema dell'*E-health literacy* sia attualmente molto importante e debba essere trattato più approfonditamente: sempre più giovani (circa l'80% in età scolare) utilizzano il web per ricavare informazioni sanitarie, talvolta a causa della scarsa educazione presente nelle scuole o in famiglia e l'imbarazzo nel chiedere aiuto (32,35). L'utilizzo di internet inoltre è stato associato ad un aumento dell'ansia a causa della bassa accuratezza delle informazioni presenti nei siti internet (37). Il web presenta una grande potenzialità per la divulgazione di informazioni sanitarie sicure e utili: molti studi infatti suggeriscono l'importanza di promuovere l'*E-*

health literacy nelle scuole e nei corsi di educazione sessuale al fine di fornire ai ragazzi gli strumenti necessari per poter navigare in siti internet certificati (35,36).

Concentrandosi poi sulle domande inerenti l'HIV e l'AIDS, la maggior parte del campione ha selezionato le risposte corrette, mostrando però una leggera difficoltà nell'identificare l'affermazione corretta inerente alla definizione di AIDS. I risultati hanno evidenziato che nonostante fossero state fornite le informazioni necessarie per selezionare la risposta corretta, una parte consistente del campione ha comunque selezionato l'opzione errata. Questi dati, in relazione con quelli della letteratura, permettono di evidenziare come le conoscenze del campione in merito al seguente argomento siano molto basiche e spesso errate, sottolineando quindi ulteriormente la necessità di promuovere l'educazione sessuale nelle scuole (32).

Nella domanda inerente alla corretta esecuzione delle istruzioni fornite dal medico, il 71% del campione afferma che seguirebbe le indicazioni del medico sull'esecuzione di esami diagnostici per le IST prima di avere rapporti sessuali con un nuovo partner. Tuttavia, alcune categorie come impiegati, operai, e gli studenti iscritti ad un corso di formazione hanno affermato che non seguirebbero le istruzioni del medico: secondo alcuni studi la minor aderenza nel seguire le istruzioni degli operatori sanitari è fortemente correlata al livello di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti che influenza direttamente la conoscenza della salute, lo stato di salute e i comportamenti a rischio (39).

Soffermandosi sulla domanda inerente alla categoria dell'autoconsapevolezza (domanda 8), dato uno scenario in cui bisognava giudicare l'azione di una persona risultata positiva ad una IST, la quale condivideva la sua positività per informare della potenziale trasmissione al partner, è risultato come la quasi totalità del campione (98%) abbia giudicato l'azione come corretta e avrebbero eseguito poi degli esami strumentali di controllo per accertare la non trasmissione dell'infezione.

Nella nona domanda, nella quale veniva chiesto quali fossero, tra le opzioni date, le migliori vie di comunicazione per diffondere le conoscenze sulla salute sessuale e riproduttiva, il 96% del campione ha attribuito alla scuola il ruolo più importante di educatore, seguito dalla promozione di campagne di screening per le IST in scuole e consultori (85%) e aumentare la divulgazione di informazioni certificate online (53%). Nuovamente, come evidenziato anche dalla letteratura, viene

descritta l'importanza della scuola nell'erogazione di corsi di educazione sessuale e riproduttiva e la necessità di fornire servizi di consulenza per promuovere una vita sessuale sana (19,23). Ai partecipanti è stato poi chiesto di elencare alcune delle tematiche che, a loro parere, andrebbero trattate nei corsi di educazione sessuale. Nello specifico, questa domanda si rifà ad uno studio inglese del 2021 dove, al fine di migliorare l'educazione sessuale e riproduttiva rendendola più inclusiva e specifica per la popolazione a cui era indirizzata, veniva chiesto ai partecipanti di proporre degli argomenti, rendendo così i corsi di educazione aggiornati e permettendo un miglior feedback (24). I temi principalmente elencati dal campione sono stati le IST, la contraccezione e l'anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttore, ma anche il tema del consenso, l'educazione emotiva (principalmente dalla popolazione maschile), l'aborto e il consenso (principalmente dalla popolazione femminile): questi dati evidenziano l'importanza di cambiare la metodologia educativa sessuale italiana (basata sull'anatomia e la fisiologia) istituendo un'educazione sessuale ed emotiva secondo il modello della *"comprehensive sexuality education"* dell'OMS e la necessità di formare il personale educatore al meglio, proponendo professionisti sanitari per l'incarico (5,19,24). Secondo alcuni studi infatti è stato evidenziato come la gestione dell'educazione sessuale da parte di personale sanitario abbia migliorato notevolmente la salute sessuale degli studenti e ridotto gli esiti negativi: la figura dell'ostetrica, la quale presenta delle competenze a livello educativo per la salute sessuale e riproduttiva, è considerata dall'OMS e dall'UNESCO una delle figure di riferimento per garantire una buona riuscita dei corsi di educazione sessuale (23,41).

Infine, allo scopo di valutare l'abilità del singolo di saper giustificare le proprie scelte di salute, è stato chiesto al campione di fornire degli argomenti a sostegno della tesi *"utilizzare il preservativo in un rapporto sessuale occasionale"*: dai dati è possibile notare come la popolazione maschile abbia citato principalmente il rischio di trasmissione di IST (85% contro il 90% delle donne) mentre la popolazione femminile il rischio di una gravidanza indesiderata (89% contro il 56% dei maschi), dimostrando come la maggior parte del campione consideri la gravidanza come un rischio legato prettamente al sesso femminile.

In conclusione, questo studio ha permesso di valutare un ipotetico livello di alfabetizzazione sanitaria applicata alla salute sessuale e riproduttiva del campione, evidenziando i punti critici del sistema educativo tutt'ora presente in Italia.

CONCLUSIONE

Nonostante la salute sia uno dei temi più discussi al mondo, e la sua promozione e salvaguardia sia al primo posto nelle liste degli obiettivi di molti Paesi, il ruolo dell'alfabetizzazione sanitaria e l'importanza dell'educazione alla salute restano tuttavia poco chiari. Molti fattori sono in grado di influenzare la salute delle persone e lo scopo dell'educazione alla salute è quello di migliorare l'alfabetizzazione sanitaria rendendo così la popolazione più consapevole delle proprie scelte e promuovendo uno stile di vita sano.

La salute, e con essa il concetto di alfabetizzazione sanitaria, possono essere collegati a specifici ambiti sanitari, tra i quali la salute sessuale e riproduttiva. Lo scopo del seguente studio è stato infatti quello di valutare il livello di alfabetizzazione sanitaria applicata alla salute sessuale e riproduttiva (*sexual health literacy*) di un campione di popolazione al fine di ricavare un'immagine della sua educazione sessuale ed evidenziare l'importanza del ruolo che essa copre nella promozione della salute.

Tuttavia, durante l'analisi del seguente studio, sono stati riscontrati alcuni limiti. Innanzitutto, non essendo stato validato il questionario somministrato ai partecipanti, l'affidabilità dello strumento di ricerca utilizzato non fornisce un'attendibilità certificata rispetto agli obiettivi prefissati essendo esso stato realizzato sulla base delle ricerche effettuate in letteratura. Inoltre, la maggior parte del campione risulta essere di sesso femminile, rendendo quindi più limitato il quadro del campione di sesso maschile. Allo stesso tempo, alcune categorie presentando anch'essi un numero di partecipanti relativamente basso, influenzando quindi l'affidabilità dei dati. Il campionamento inoltre è stato effettuato con un metodo non probabilistico: il questionario è stato offerto tramite piattaforme social a un ampio bacino di utenza, perciò è probabilmente soggetto al bias di autoselezione, interferendo con la sua rappresentatività. Infine, essendo il questionario condiviso tramite moduli Google e compilato autonomamente, non è possibile avere la certezza della veridicità assoluta di tutte le risposte.

Nonostante i limiti, i risultati ottenuti sono stati in grado di fornire uno spettro dell'alfabetizzazione sanitaria del campione sovrapponibile ad altri studi della

letteratura, e di riuscire inoltre ad evidenziare le criticità di alcuni temi e l'importanza dell'educazione sessuale. In particolare, è stato confermato come il grado di istruzione sia direttamente correlato al livello di alfabetizzazione sanitaria: ad esempio i laureati, assieme agli studenti iscritti a Medicina e Chirurgia, hanno ottenuto un livello di *sexual health literacy* adeguata molto alto, rispettivamente pari al 77% e al 100%, contro lo 0% dei partecipanti che avevano frequentato un CFP o il 52% degli studenti di Economia e Scienze politiche. Inoltre, dall'analisi dei dati è emerso che il campione presenta una conoscenza molto limitata e basilare per quanto riguarda le conoscenze teoriche e pratiche sulle IST (in particolare l'HPV) e nell'utilizzo dei siti web per la ricerca di informazioni sanitarie, presentando poi la necessità di inserire dei corsi di educazione sessuale nel sistema scolastico (97%).

In conclusione, risultati ottenuti rendono evidente l'esigenza di migliorare l'organizzazione dell'educazione sanitaria, nello specifico quella dedicata alla salute sessuale e riproduttiva. Nonostante l'OMS abbia fornito molti modelli educativi inseribili all'interno dei sistemi scolastici, capaci di fornire un'educazione (specifica per fascia d'età) che comprenda tutti gli aspetti della salute sessuale e riproduttiva, dall'anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttore all'educazione emotiva, dall'identità di genere al tema del rispetto e del consenso, in molti Stati l'educazione sessuale è ancora poco considerata e molto spesso le capacità e competenze degli insegnanti assegnati al compito sono limitate e non aggiornate. A tal proposito, l'OMS e l'UNESCO hanno inoltre suggerito come i programmi debbano essere gestiti da personale sanitario qualificato dati i migliori risultati ottenuti: il ruolo dell'ostetrica entra quindi a far parte della prevenzione anche in questo ambito, coprendo una posizione non solo all'interno dell'evento nascita ma anche nella promozione della salute sessuale e riproduttiva.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350161>
2. Velasco V, Gragnano A, Lombardia GRH, Vecchio LP. Health Literacy Levels among Italian Students: Monitoring and Promotion at School. *Int J Env Res Public Health*. 2021;13.
3. Organization WH. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promot Int*. febbraio 2017;32(1):7–8.
4. Sons A, Eckhardt AL. Health literacy and knowledge of female reproduction in undergraduate students. *J Am Coll Health*. 23 aprile 2021;1–8.
5. World Health Organization. Sexuality education across the European Union: an overview. 2021
6. In Italia alfabetizzazione sanitaria insufficiente per il 23% della popolazione, meno della media Ue [Internet]. ISS. [citato 2 settembre 2022]. Disponibile su: https://iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/id/5910713
7. Albright AE. HPV Misconceptions Among College Students: The Role of Health Literacy. *J Community Health*. :9.
8. Promoting health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/NMH/PND/18.2)
9. Health Literacy. National Institutes of Health (NIH). 2015. Disponibile su: <https://www.nih.gov/institutes-nih/nih-office-director/office-communications-public-liaison/clear-communication/health-literacy>
10. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inq J Health Care Organ Provis Financ*. 1 gennaio 2018;55:004695801875784.
11. Who global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive summary
12. Importance of Social Determinants of Health and Cultural Awareness in the Delivery of Reproductive Health Care. 2018;131(1):6.
13. World Health Organization, Ottawa charter for health promotion.
14. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Disponibile su: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

15. World Health Organization, UNESCO. WHO guideline on school health services. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341910>
16. Lorini C, Lastrucci V, Mantwill S, Vettori V, Bonaccorsi G, Group FHLR. Measuring health literacy in Italy: the validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language. *Ann Dell'Istituto Super Sanità*. 9 aprile 2019;55(1):10–8.
17. Paakkari O, Torppa M, Boberova Z, Kannas L, Paakkari L. The cross-national measurement invariance of the health literacy for school-aged children (HLSAC) instrument. :5.
18. World Health Organization, Sexual and reproductive health. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340880/WHO-EURO-2017-2386-42141-58055-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Pizzi EE, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. :137.
20. Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. :32.
21. Unesco, UN Women, UNICEF, UNFPA, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris; New York; Geneva: UNESCO : UN-Women : UNICEF : UNFPA : UNAIDS : WHO; 2018. Disponibile su: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/international-technical-guidance-on-sexuality-education-2018-en.pdf?la=en&vs=3451>
22. The journey towards comprehensive sexuality education - Global status report. Disponibile su: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20journey%20towards%20comprehensive%20sexuality%20education%20-%20Global%20status%20report.pdf>
23. Young H, Long SJ, Hallingberg B, Fletcher A, Hewitt G, Murphy S, et al. School practices important for students' sexual health: analysis of the school health research network survey in Wales. *Eur J Public Health*. 1 aprile 2018;28(2):309–14.
24. Epps B, Markowski M, Cleaver K. A Rapid Review and Narrative Synthesis of the Consequences of Non-Inclusive Sex Education in UK Schools on Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Young People. :11.
25. World Health Organization. UNESCO. Standard per l'Educazione Sessuale in Europa. Quadro di riferimento per responsabili delle politiche, autorità scolastiche e sanitarie, specialisti. Disponibile su: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Standards_Italian.pdf
26. World Health Organization. UNESCO. Standard per l'Educazione Sessuale in Europa. Disponibile su: <https://www.bzga->

whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_GuidanceImplementation_Italian.pdf

27. K. Beaumont, M. Maguire. Policies for Sexuality Education in the European Union. Disponibile su:
[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT\(2013\)462515_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT(2013)462515_EN.pdf)
28. Weiss BD. The Newest Vital Sign: Frequently Asked Questions. *HLRP Health Lit Res Pract*;2(3). Disponibile su:
<https://journals.healio.com/doi/10.3928/24748307-20180530-02>
29. Ma X. Development and validation of the reproductive health literacy questionnaire for Chinese unmarried youth. 2021;11.
30. Grandahl M, Nevéus T. Barriers towards HPV Vaccinations for Boys and Young Men: A Narrative Review. *Viruses*. 19 agosto 2021;13(8):1644.
31. Paschen-Wolff MM, Greene MZ, Hughes TL. Sexual Minority Women’s Sexual and Reproductive Health Literacy: A Qualitative Descriptive Study. 2020;18.
32. Almeida RAAS, Corrêa R da GCF, Rolim ILTP, Hora JM da, Linard AG, Coutinho NPS, et al. Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Rev Bras Enferm*. ottobre 2017;70(5):1033–9.
33. Stumbar SE, Garba NA, Holder C. Let’s Talk About Sex: The Social Determinants of Sexual and Reproductive Health for Second-Year Medical Students. :7.
34. Medina-Marino A, Glockner K, Grew E, De Vos L, Olivier D, Klausner J, et al. The role of trust and health literacy in nurse-delivered point-of-care STI testing for pregnant women living with HIV, Tshwane District, South Africa. *BMC Public Health*. dicembre 2020;20(1):577.
35. Gazibara T, Cacic M, Cacic J, Grgurevic A, Pekmezovic T. Familiarity with the internet and health apps, and specific topic needs are amongst the factors that influence how online health information is used for health decisions amongst adolescents. *Health Inf Libr J*. 2 giugno 2022;hir.12440.
36. Olusanya OA, Shaban-Nejad A. A Digital Personal Health Library for Enabling Precision Health Promotion to Prevent Human Papilloma Virus-Associated Cancers. 2021;3:8.
37. Lee PM, Foster R, McNulty A, McIver R, Patel P. Ask Dr Google: what STI do I have? *Sex Transm Infect*. settembre 2021;97(6):420–2.
38. Zhao P, Nie J, Cheng H, Tang W, Zheng H, Yang B, et al. Correlates of time to clinical presentation for symptomatic individuals with gonorrhoea in South China: results from a cross-sectional study. *BMJ Open*. marzo 2022;12(3):e052586.

39. Rolland C. Who fails to return within 30 days after being tested positive for HIV/STI in a free testing centre? 2020;9.
40. Grace D, Gaspar M, Paquette R, Rosenes R, Burchell AN, Grennan T, et al. HIV-positive gay men's knowledge and perceptions of Human Papillomavirus (HPV) and HPV vaccination: A qualitative study. PLOS ONE. 29 novembre 2018;13(11):e0207953.
41. World Health Organization. Midwifery educator core competencies. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112730>

APPENDICE

Appendice 1 Questionario

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

Ciao a tutti, sono Beatrice Rigo, studentessa di Ostetricia presso UNIPD, e per la mia tesi di laurea ho prodotto un questionario ANONIMO. Esso ha lo scopo di indagare le competenze e le conoscenze della popolazione giovanile sulla salute sessuale riproduttiva, in particolare le infezioni sessualmente trasmesse, e rilevare le abilità di interpretazione delle informazioni fornite o pregresse.

Il questionario è ANONIMO e ha una durata di circa 5-10 min.

Come previsto dalle attuali normative vigenti (legge 31 dicembre 1996 n. 675, 676, Gazzetta Ufficiale del 08/01/1997, art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679, General Data Protection Regulation - GDPR) sul trattamento dei dati personali e sul rispetto della privacy, i suoi dati (ivi compresi i dati sensibili) verranno trattati in modo rigorosamente anonimo.

Non le saranno richiesti dati inerenti alla Sua identità e le risposte fornite non saranno riconducibili a lei. I risultati verranno utilizzati esclusivamente in modo aggregato per scopi di ricerca scientifica. La pubblicazione e la diffusione dei risultati potranno infatti avvenire solo dopo aver trattato i dati in maniera aggregata e anonima.

Grazie per la collaborazione.

ANAGRAFICA

SESSO

- Femmina
- Maschio

ETÀ

- 18-30

NAZIONALITÀ

- Italiana
- Altro...

OCCUPAZIONE

- Libero professionista
- Impiegato
- Dirigente

- Operaio
- Disoccupato
- Studente
- Altro...

Se studente, indirizzo di studi è

- Scuola di Agraria e Medicina Veterinaria
- Scuola di Economia e Scienze politiche
- Scuola di Giurisprudenza
- Scuola di Ingegneria
- Scuola di Medicina e Chirurgia
- Scuola di Psicologia
- Scuola di Scienze
- Scuola di Scienze umane, sociali e del patrimonio culturale
- Corsi di formazione
- Altro...

Previa educazione

- Liceo
- Istituto tecnico
- Centro di formazione professionale
- Laurea\Magistrale\Master

Percorso di studi materno

- Scuola secondaria di primo grado (medie)
- Scuola secondaria di secondo grado (superiori)
- Laurea
- Laurea + Magistrale\Master\Dottorato
- Altro...

Occupazione materna

- Libero professionista
- Impiegato
- Dirigente
- Operaio
- Disoccupato
- Studente
- Altro...

Percorso di studi paterno

- Scuola secondaria di primo grado (medie)
- Scuola secondaria di secondo grado (superiori)
- Laurea
- Laurea + Magistrale\Master\Dottorato
- Altro...

Occupazione paterna

- Libero professionista
- Impiegato
- Dirigente

- Operaio
- Disoccupato
- Studente
- Altro...

CONOSCENZE E RAGIONAMENTO

Hai mai avuto un rapporto sessuale non protetto (senza l'uso del preservativo fin dall'inizio del rapporto)?

- Sì
- No

Le IST (infezioni sessualmente trasmissibili) possono essere trasmesse tramite sesso orale non protetto?

- Sì
- No

L'HPV (Human Papilloma Virus) che tipi di tumore può causare?

- Tumore alle ovaie
- Tumore del collo dell'utero
- Tumore al collo dell'utero, tumore dell'orofaringe e dell'ano
- Tumore ai testicoli

Un giorno scopri che un tuo compagno di scuola è risultato positivo alla Clamidia. Non essendo a conoscenza di quest'infezione, decidi di cercare informazioni su Google. La ricerca produce questi tre risultati: per quanto esse siano simili, quale di queste definizioni ritieni sia più **COMPLETE** e **CHIARA**?

- <https://www.epicentro.iss.it> = La clamidia è una delle più comuni Infezioni sessualmente trasmesse (Ist), causata da un batterio intracellulare obbligato, la Chlamydia trachomatis. Le manifestazioni cliniche sono spesso molto lievi, tanto da non essere riconosciute dalle persone che hanno acquisito l'infezione, mentre le conseguenze a carico dell'apparato riproduttivo, specie femminile, possono essere molto gravi.
- <https://www.nurse24.it> = La Clamidia è una malattia causata dal batterio Chlamydia Trachomatis. Si trasmette attraverso i rapporti sessuali e colpisce prevalentemente le donne. Quasi sempre asintomatica, o caratterizzata da sintomi lievi e poco specifici, la Clamidia se non trattata può avere conseguenze molto gravi.
- <https://www.my-personaltrainer.it> = La clamidia è una delle infezioni sessualmente trasmesse più comuni a livello mondiale. Questa malattia è causata dal batterio Chlamydia trachomatis. I sintomi della clamidia sono assenti o lievi, tanto da non essere facilmente riconosciuti, ma le conseguenze possono essere molto gravi soprattutto per il sesso femminile.

L'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) è una malattia infettiva causata dal virus HIV (virus dell'immunodeficienza umana) il quale, in un arco di tempo relativamente lungo (fino anche a 10 anni dal contagio), attacca e distrugge un particolare tipo di globuli bianchi, rendendo il soggetto immunodepresso.

Basandoti sulle informazioni appena fornite, seleziona l'affermazione secondo te più corretta:

- Le persone affette da HIV, una delle principali malattie trasmesse sessualmente, presentano una grave vulnerabilità del sistema immunitario
- Le persone affette da AIDS, avendo un sistema immunitario depresso, sono più suscettibili alle infezioni di qualsiasi tipo (non necessariamente legate all'apparato genitale)
- Le persone affette da HIV, una volta che la malattia è stata conclamata (anche dopo diversi anni) e quindi il soggetto presenta immunodepressione, hanno un rischio maggiore (rispetto alla popolazione sana) di contrarre infezioni a livello dell'apparato genitale

Sapendo che il virus dell'HIV può essere trasmesso solo tramite determinati fluidi corporei (sangue e derivati, sperma, secrezioni vaginali e latte materno), secondo te in quale di queste situazioni vi è un alto rischio di contrarre l'HIV?

- Usare lo stesso spazzolino di una persona sieropositiva
- Un bambino che nasce da parto spontaneo (vaginale)
- Condividere il bagno con una persona sieropositiva

Nel mondo ogni giorno vengono diagnosticate un milione di IST (la maggior parte delle quali asintomatiche). Se il tuo medico ti consigliasse di eseguire degli esami diagnostici per le IST ogni volta che cambi partner, lo faresti? Rispondi sinceramente.

- Sì
- No

Come pensi che si potrebbero migliorare le conoscenze sulle infezioni sessualmente trasmesse? Quale di queste secondo te potrebbero essere le vie di comunicazione PIU' efficaci? (selezionabile più di una risposta)

- Promuovendo campagne di screening gratuite (offrire visite mediche e/o esami diagnostici gratuiti nelle scuole\consultori)
- Condividendo informazioni online (social media, piattaforme di streaming...) che siano affidabili e accessibili
- Facendo corsi di educazione sessuale nelle scuole (ogni anno, eventualmente con più lezioni durante l'anno accademico)
- Rendendo inclusi nelle visite medico-sportive test diagnostici per le IST
- Facendo campagne informative nelle piazze e nei luoghi pubblici
- Creando App gratuite, dove le persone possano cercare informazioni sulla salute (di qualsiasi tipo) ed avere la certezza che esse siano affidabili e semplici da reperire
- Altro...

Proponi almeno 3 argomenti che andrebbero discussi in un corso di educazione sessuale

A "persona X" viene diagnosticata una IST e decide di contattare tutti i suoi precedenti partner con cui ha avuto recentemente dei rapporti sessuali non protetti,

al fine di capire da chi abbia preso l'infezione: tu fai parte di uno di loro e vieni quindi contattato. Come giudicherebbe l'azione di X?

- La ritengo un'azione corretta e andrò a fare degli esami diagnostici il prima possibile per avere la certezza di non avere nessuna IST
- La ritengo un'azione matura ma sono più che sicuro di non avere nessuna IST, per cui non mi sottoporro a nessun esame diagnostico
- La ritengo un'azione superflua, sicuramente il partner che ha contagiato X presenterà dei sintomi e si starà curando quindi non ritengo necessario dover avvertire gli altri partner, crea solo panico
- La ritengo un'azione esagerata e sbagliata, potrebbe aver preso l'infezione in altri modi e non ritengo giusto accusare la gente di essere dei "portatori" di IST
- Altro...

Nel 2018 l'infezione da HPV è stata associata a 570.000 casi di cancro e ad oltre 311.000 decessi a causa di esso. Secondo l'OMS, la vaccinazione sarebbe in grado di prevenire milioni di morti. Secondo te, quale sarebbe il modo migliore per prevenire le morti da HPV? (selezionabile più di una risposta)

- Promuovere la campagna di vaccinazione ad entrambi i sessi
- Rendere il vaccino obbligatorio
- Incentivare le campagne di screening per poter diagnosticare il tumore ad uno stadio iniziale, in modo da avere più probabilità di curarlo
- Eseguire richiami a distanza di tot. anni per mantenere l'effetto della vaccinazione
- Vaccinare nelle scuole
- Altro...

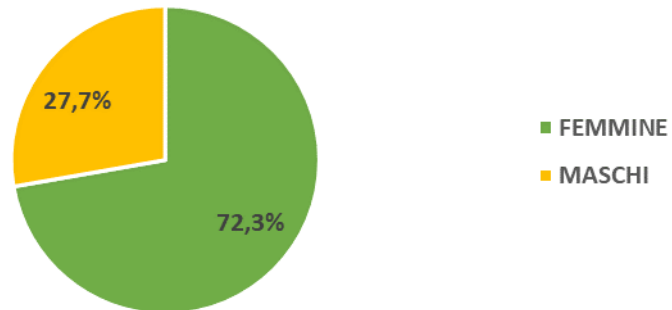
Qualche giorno fa hai avuto un rapporto sessuale non protetto (senza preservativo) con un partner occasionale che non conosci e oggi inizi ad avere del fastidio nella zona intima, in particolare ti accorgi della presenza di alcuni puntini rossi decisamente pruriginosi. Cerchi subito su Google se i tuoi sintomi possano essere correlati a qualcosa di grave e compaiono questi risultati: quale sito internet sceglieresti per primo?

- <https://www.my-personaltrainer.it/>
- <https://www.msmanuals.com/>
- <https://www.saperidoc.it/>
- <https://www.miodottore.it/>

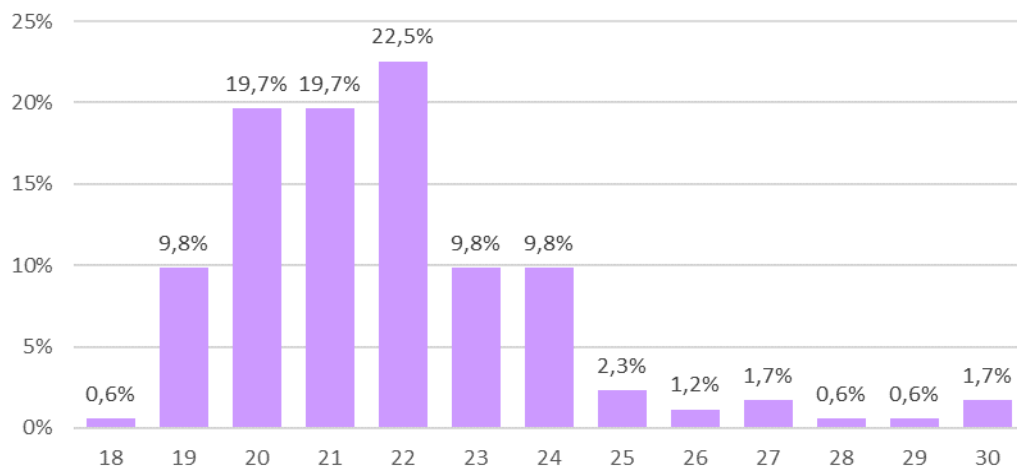
Stai per avere un rapporto sessuale con un partner occasionale e quando chiedi di usare il preservativo, ti dice di no. Elenca almeno 3 motivi che useresti per sostenere la tua tesi (ovvero usare il preservativo).

Appendice 2. Grafici analisi sociodemografica

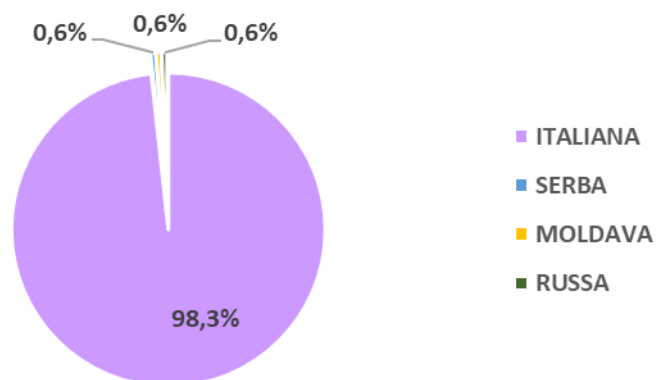
Appendice 2.1 Sesso



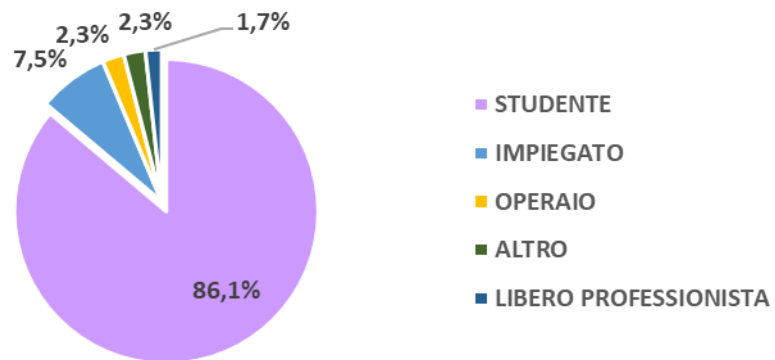
Appendice 2.2 Età



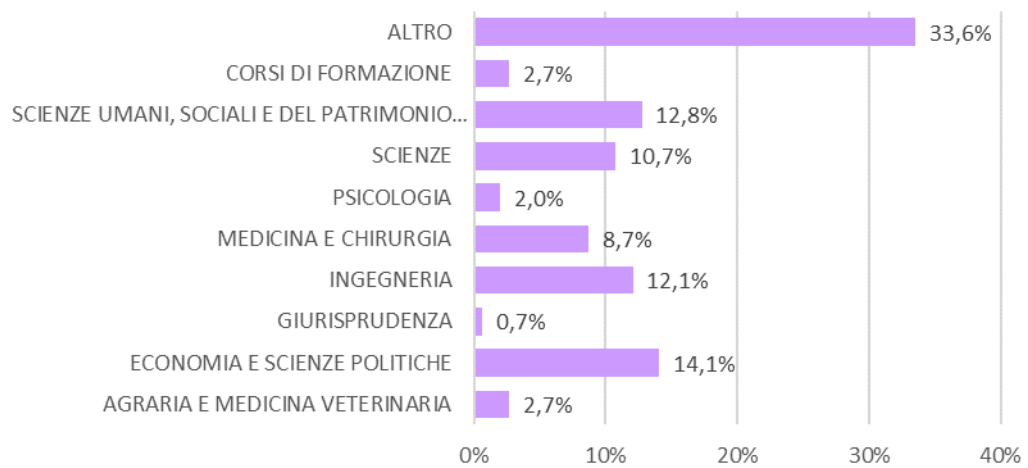
Appendice 2.3 Nazionalità



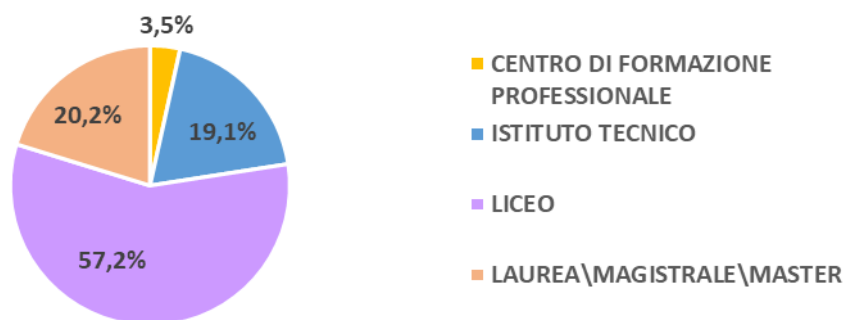
Appendice 2.4 Occupazione



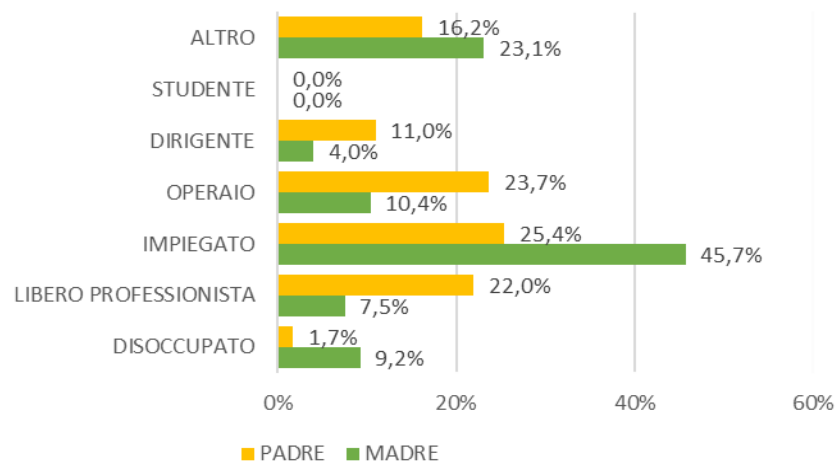
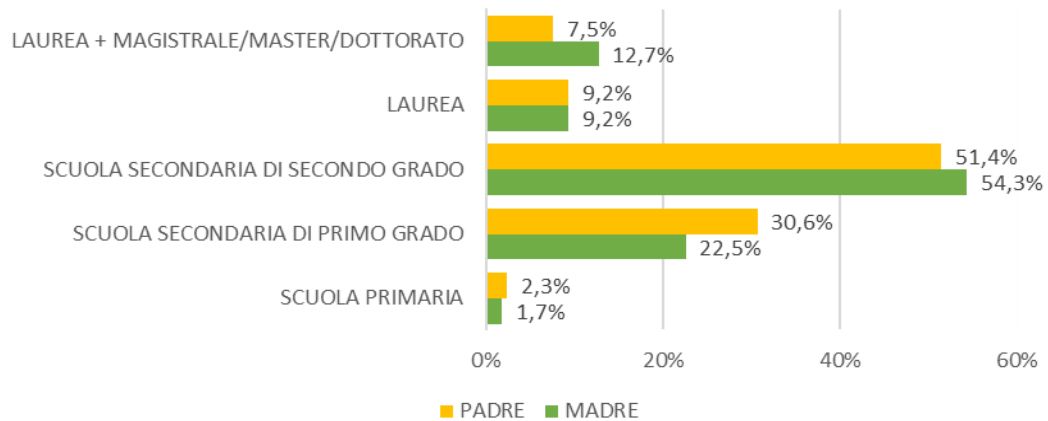
Appendice 2.5 Indirizzo di studio



Appendice 2.6 Previa educazione

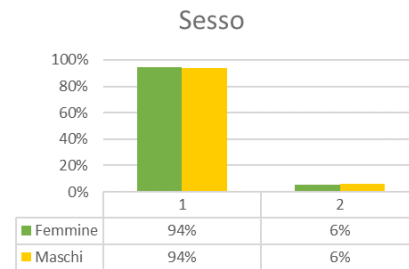
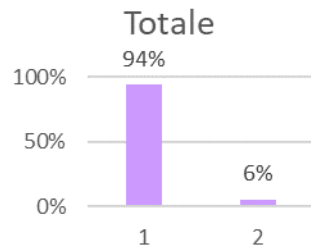


Appendice 2.7 Percorso di studi e occupazione materno e paterno

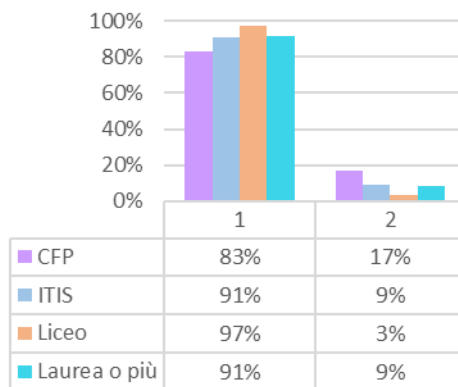


Appendice 3. Grafici analisi delle domande

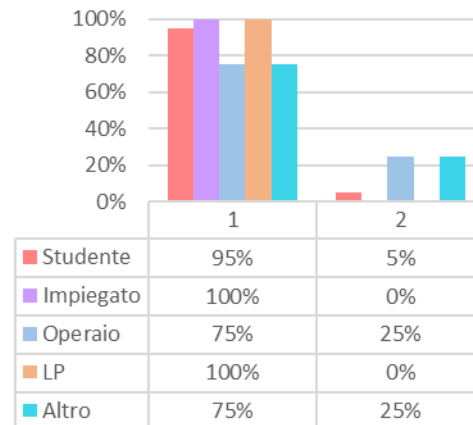
Appendice 3.1 Grafici analisi domanda 1: Le IST (infezioni sessualmente trasmissibili) possono essere trasmesse tramite sesso orale non protetto?



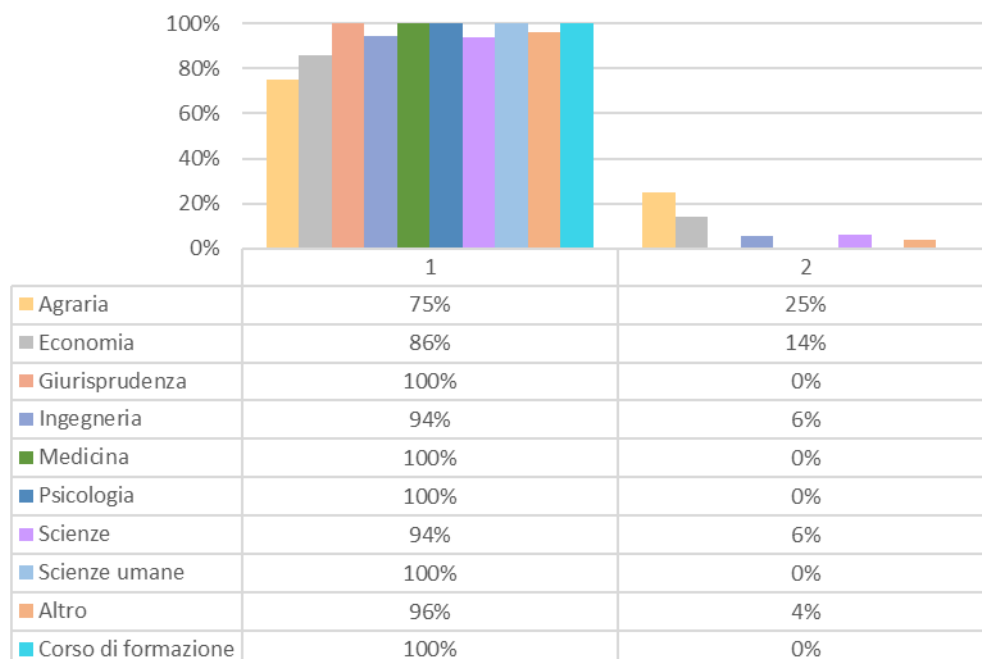
Previa educazione



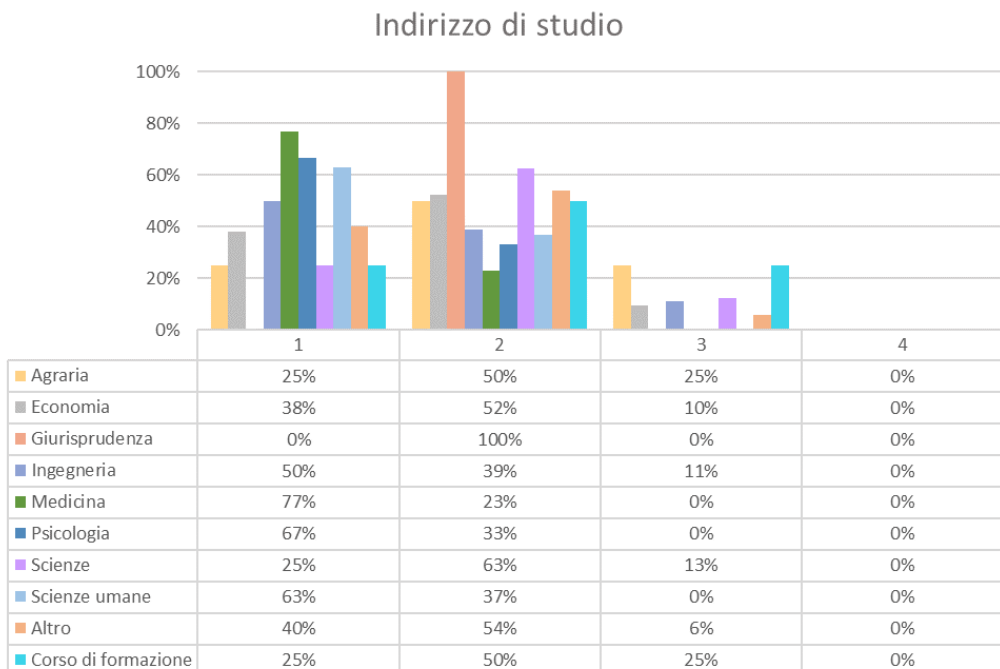
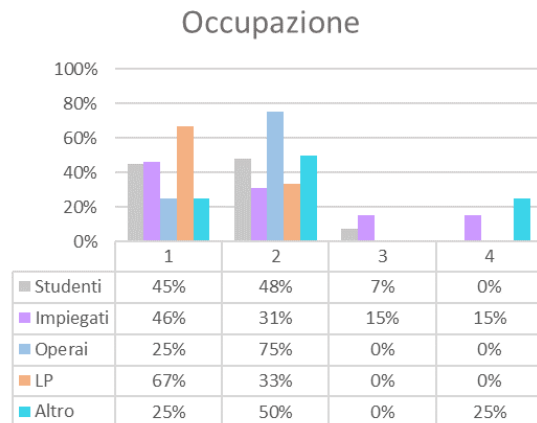
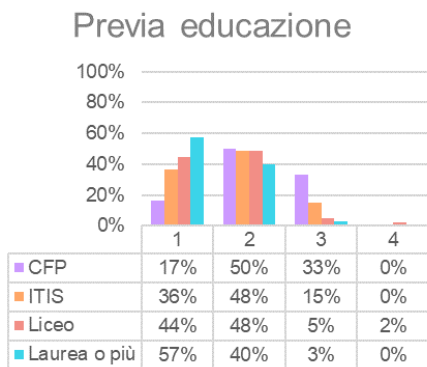
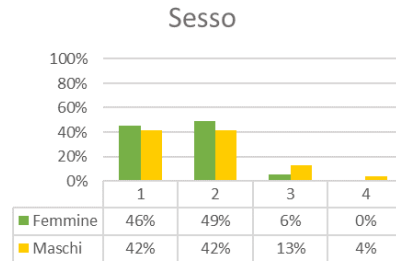
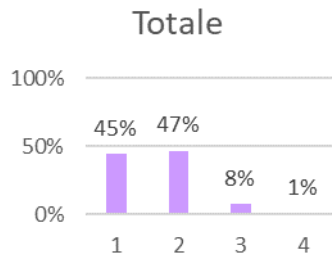
Occupazione



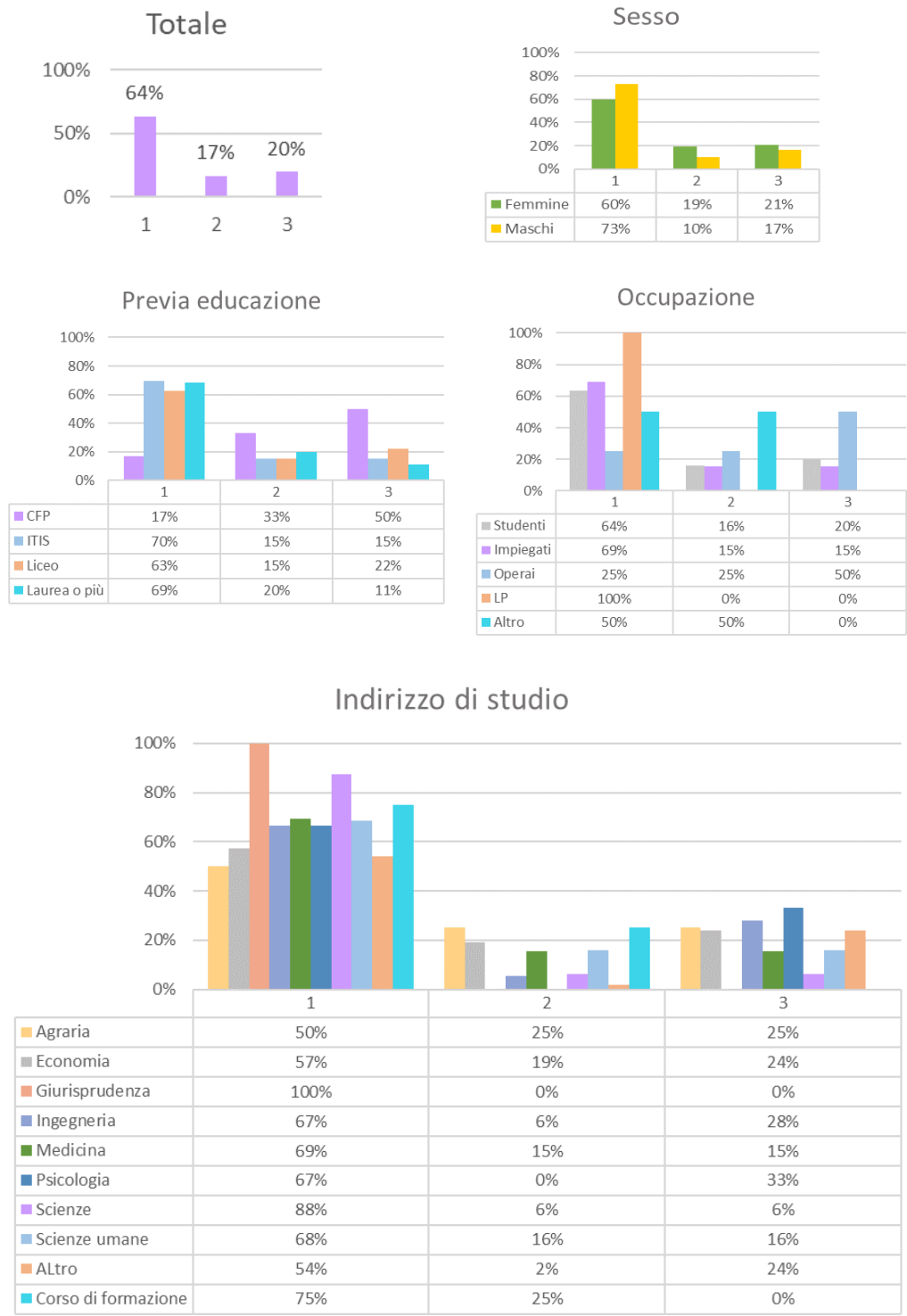
Indirizzo di studio



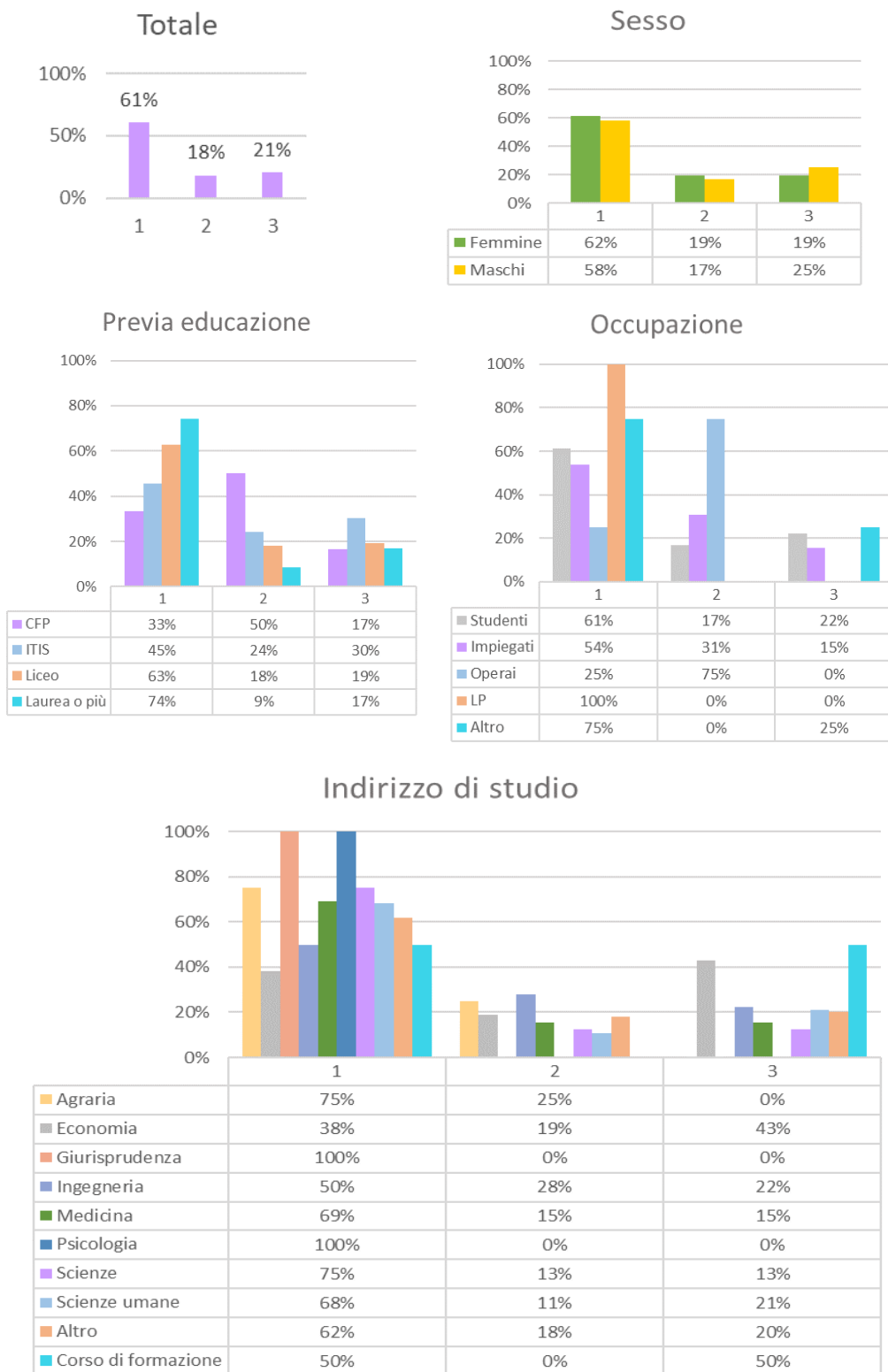
Appendice 3.2 Grafici analisi domanda 2: L'HPV (Human Papilloma Virus) che tipi di tumore può causare?



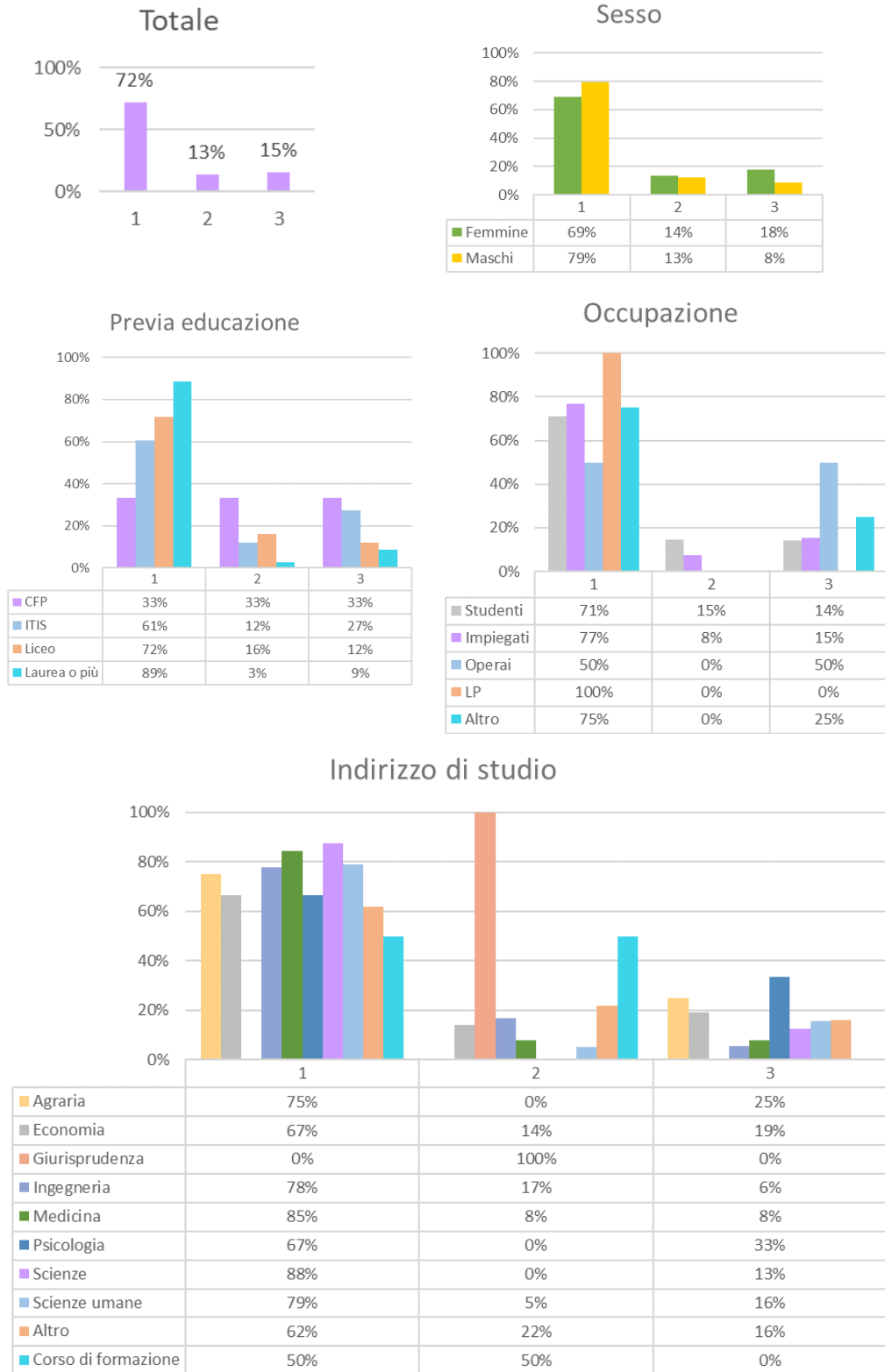
Appendice 3.3 Grafici analisi domanda 3: Un giorno scopri che un tuo compagno di scuola è risultato positivo alla Clamidia. Non essendo a conoscenza di quest'infezione, decidi di cercare informazioni su Google. La ricerca produce questi tre risultati: per quanto esse siano simili, quale di queste definizioni ritieni sia più COMPLETA e CHIARA?



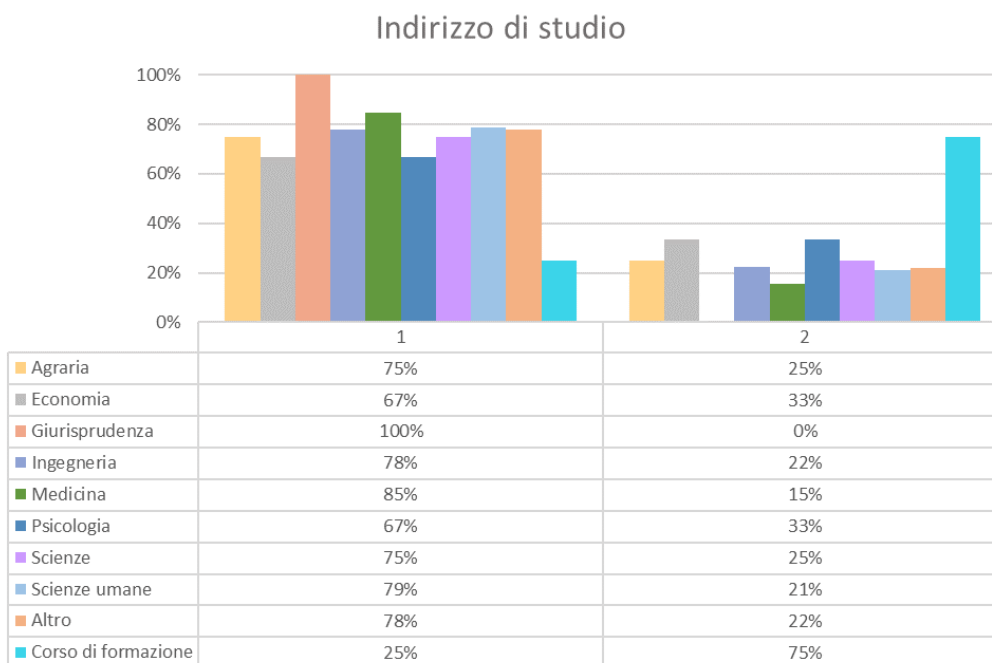
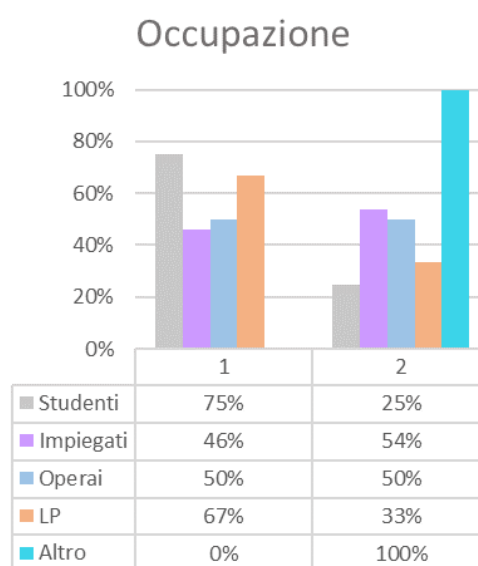
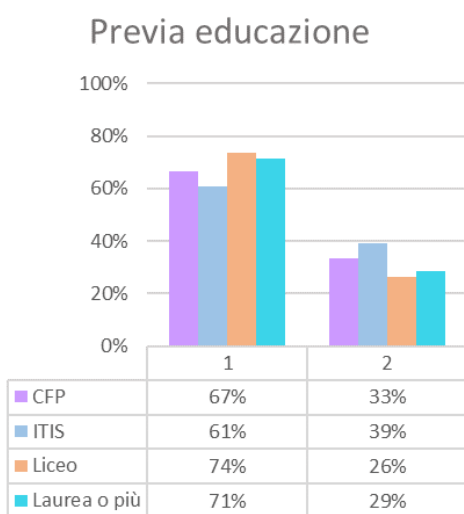
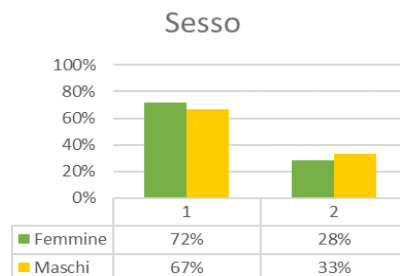
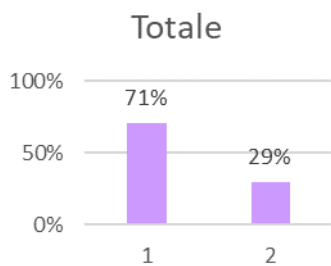
Appendice 3.4 Grafici analisi domanda 4: L'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) è una malattia infettiva causata dal virus HIV (virus dell'immunodeficienza umana) il quale, in un arco di tempo relativamente lungo (fino anche a 10 anni dal contagio), attacca e distrugge un particolare tipo di globuli bianchi, rendendo il soggetto immunodepresso. Basandoti sulle informazioni appena fornite, seleziona l'affermazione secondo te più corretta:



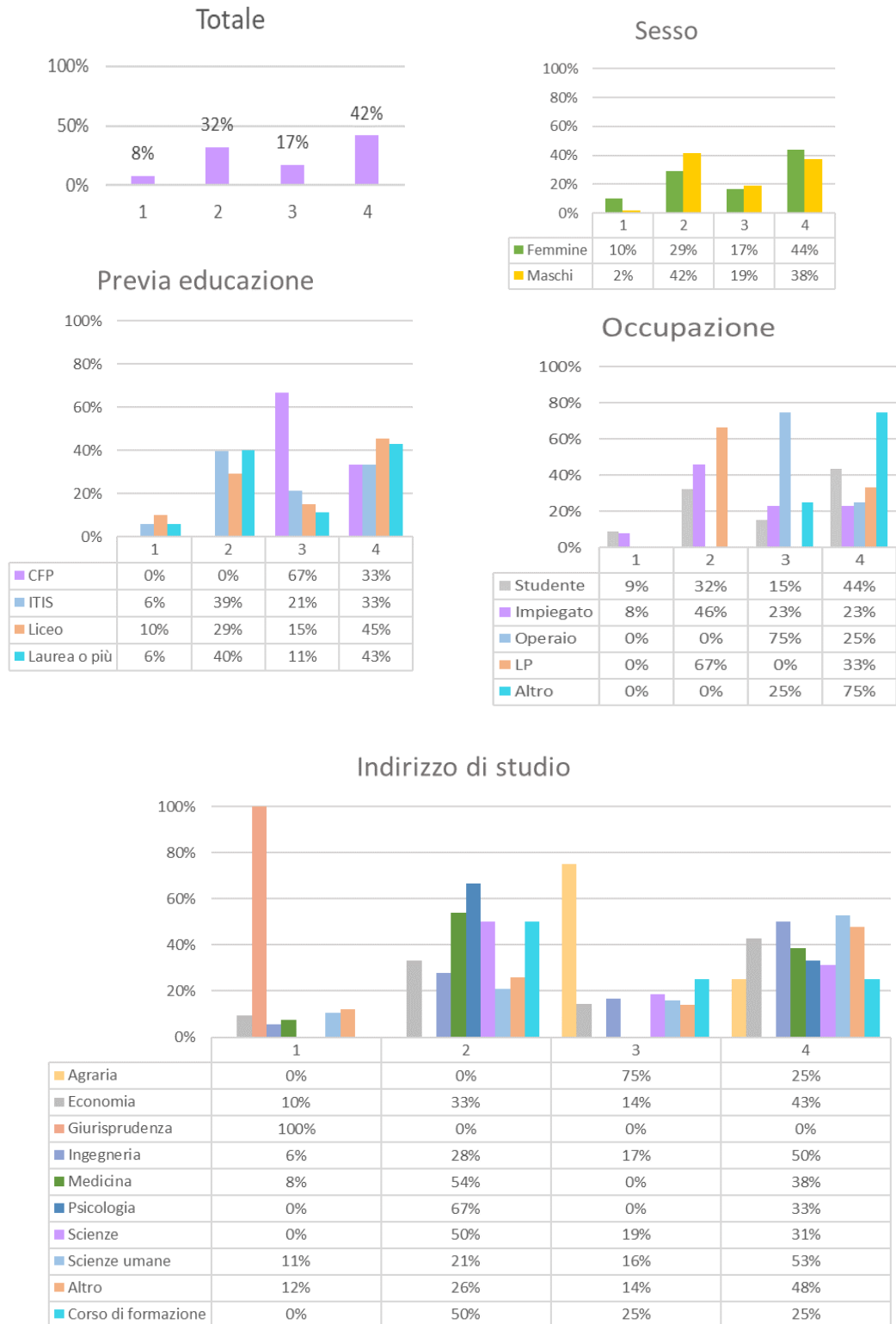
Appendice 3.5 Grafici analisi domanda 5: Sapendo che il virus dell'HIV può essere trasmesso solo tramite determinati fluidi corporei (sangue e derivati, sperma, secrezioni vaginali e latte materno), secondo te in quale di queste situazioni vi è un alto rischio di contrarre l'HIV?



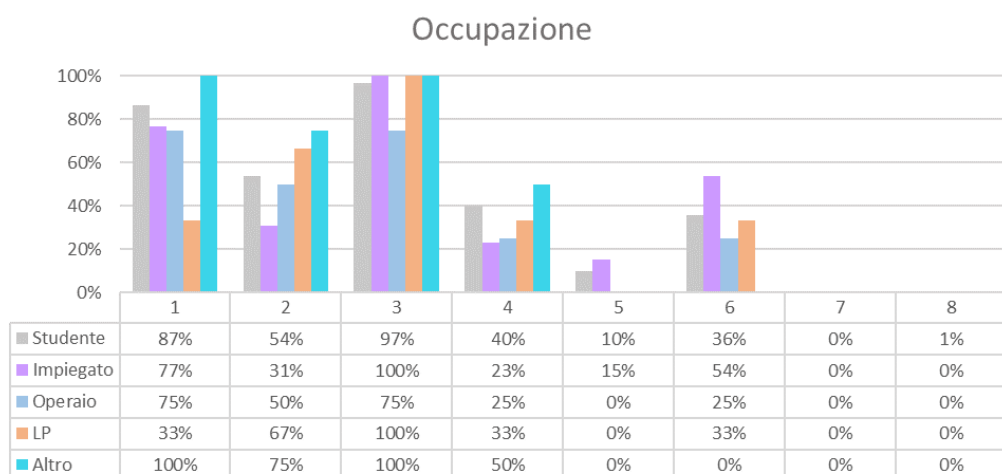
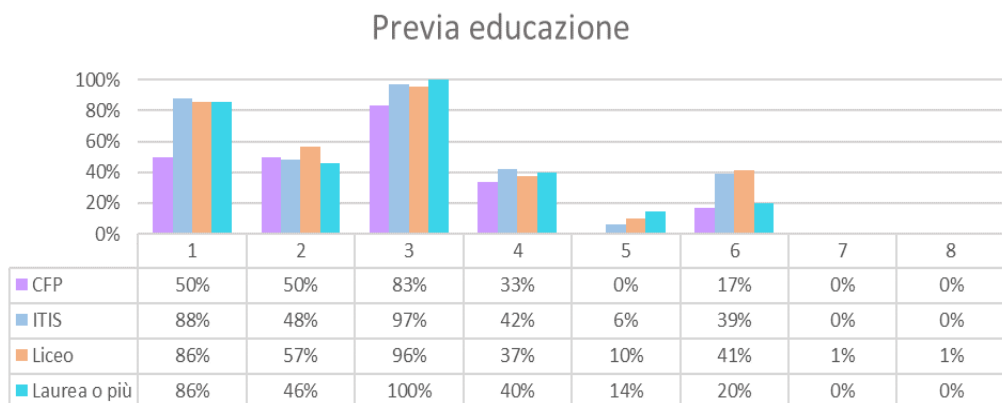
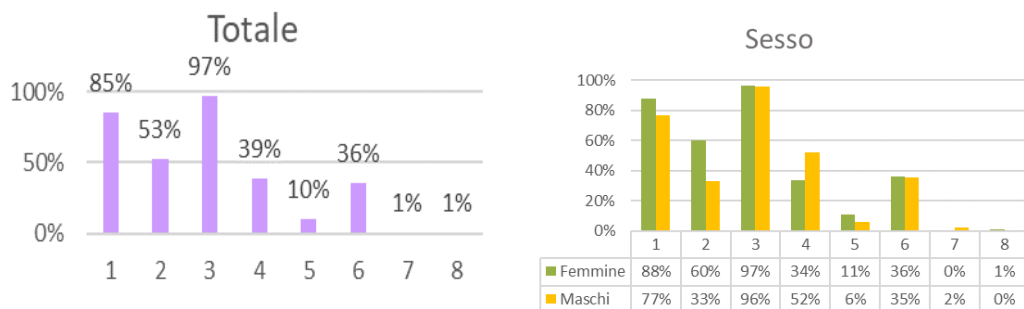
Appendice 3.6 Grafici analisi domanda 6: Nel mondo ogni giorno vengono diagnosticate un milione di IST (la maggior parte delle quali asintomatiche). Se il tuo medico ti consigliasse di eseguire degli esami diagnostici per le IST ogni volta che cambi partner, lo faresti? Rispondi sinceramente.



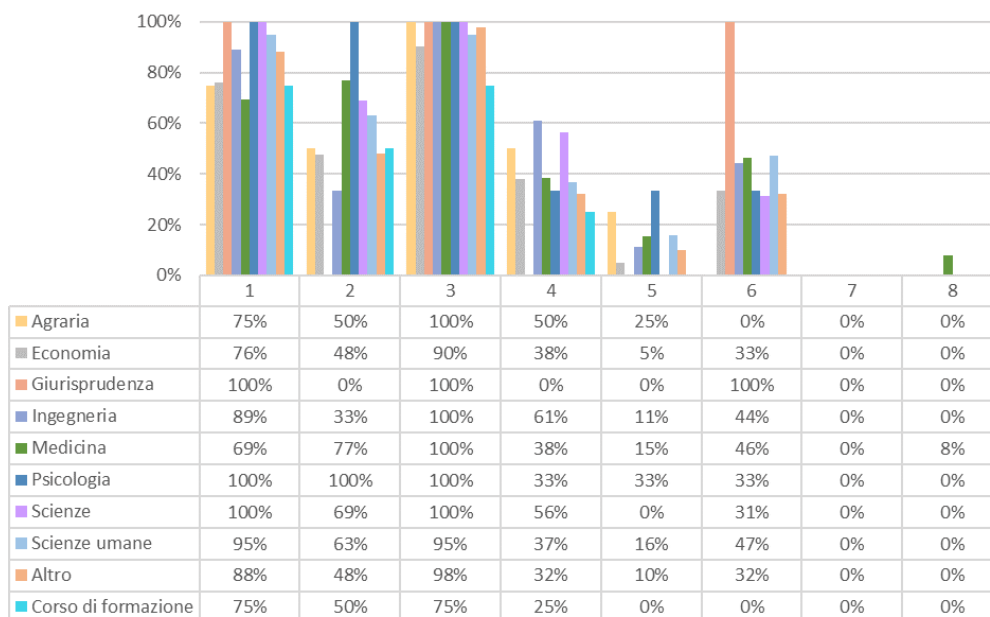
Appendice 3.7 Grafici analisi domanda 7: Qualche giorno fa hai avuto un rapporto sessuale non protetto (senza preservativo) con un partner occasionale che non conosci e oggi inizi ad avere del fastidio nella zona intima, in particolare ti accorgi della presenza di alcuni puntini rossi decisamente pruriginosi. Cerchi subito su Google se i tuoi sintomi possano essere correlati a qualcosa di grave e compaiono questi risultati: quale sito internet sceglieresti per primo?



Appendice 3.9 Grafici analisi domanda 9: Come pensi che si potrebbero migliorare le conoscenze sulle infezioni sessualmente trasmesse? Quale di queste secondo te potrebbero essere le vie di comunicazione PIU' efficaci? (selezionabile più di una risposta)

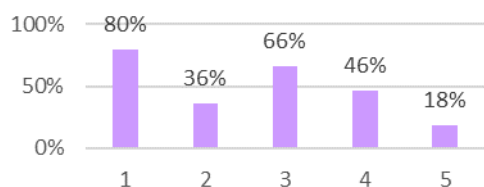


Indirizzo di studio

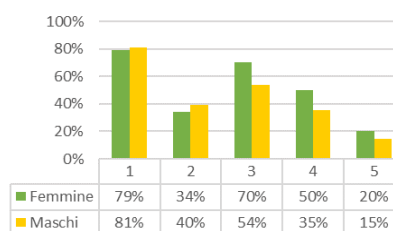


Appendice 3.9.1 Grafici analisi domanda 10: Nel 2018 l'infezione da HPV è stata associata a 570.000 casi di cancro e ad oltre 311.000 decessi a causa di esso. Secondo l'OMS, la vaccinazione sarebbe in grado di prevenire milioni di morti. Secondo te, quale sarebbe il modo migliore per prevenire le morti da HPV? (selezionabile più di una risposta)

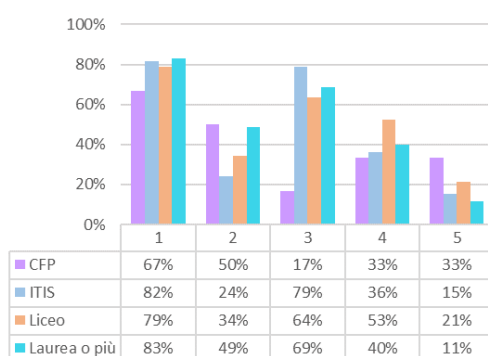
Totale



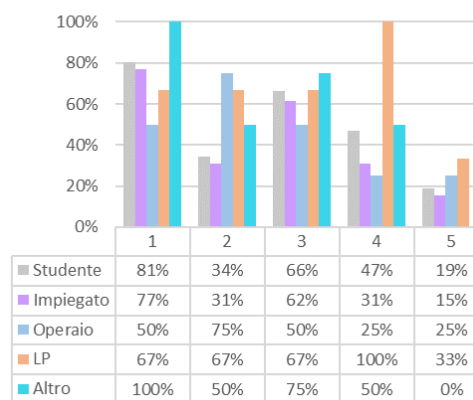
Sesso



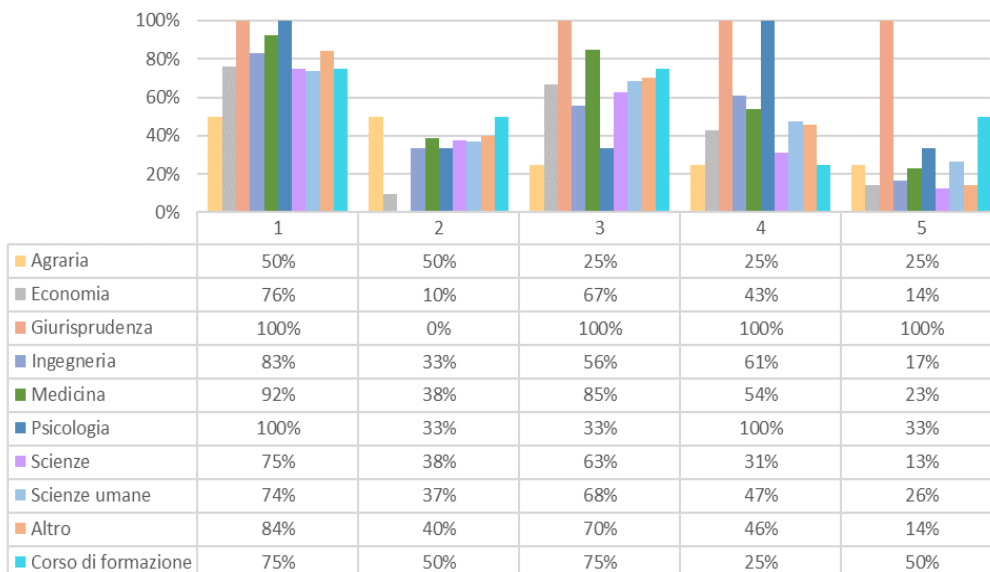
Previa educazione



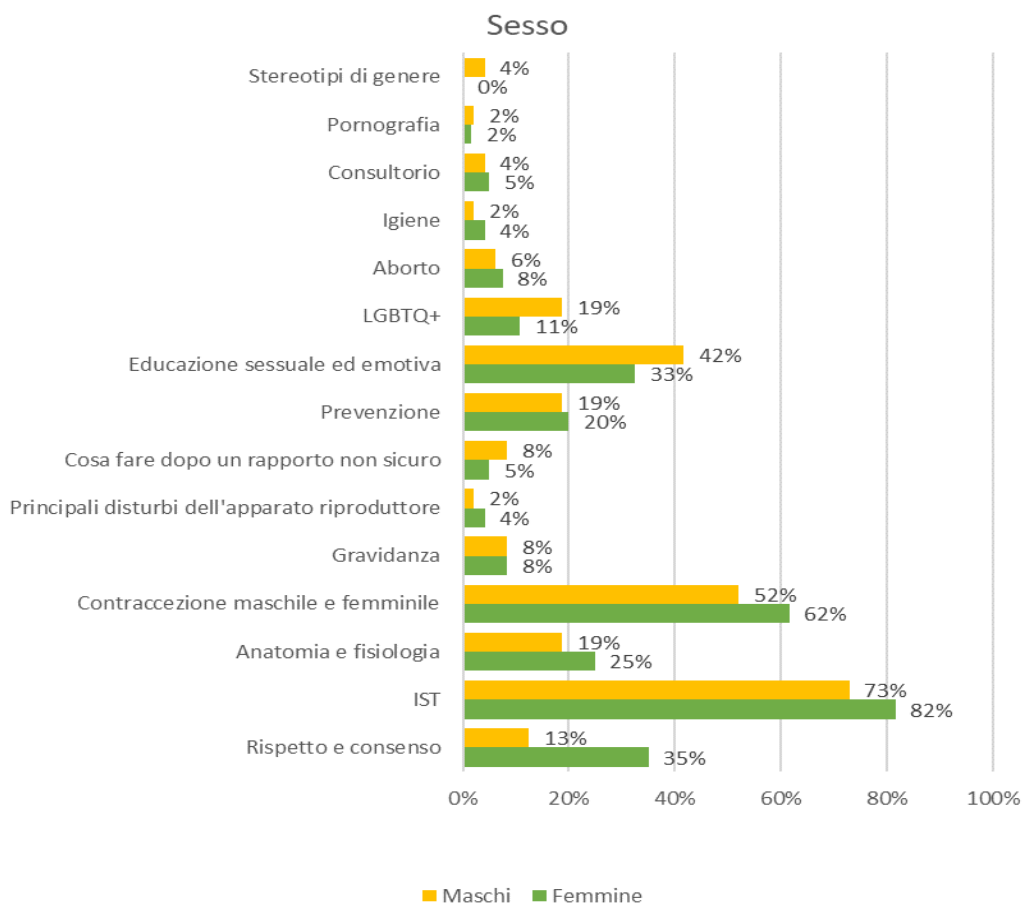
Occupazione



Indirizzo di studio



Appendice 3.9.2 Grafico con la divisione per sesso delle risposte alla prima domanda aperta: Proponi almeno 3 argomenti che andrebbero discussi in un corso di educazione sessuale



Appendice 3.9.3 Grafico con la divisione per sesso delle risposte alla seconda domanda aperta: Stai per avere un rapporto sessuale con un partner occasionale e quando chiedi di usare il preservativo, ti dice di no. Elenca almeno 3 motivi che useresti per sostenere la tua tesi (ovvero usare il preservativo).

