

*Prevenzione della malattia e promozione della salute: possibile sintesi o dicotomia insanabile tra medicina e pedagogia?*

di Enza Sidoti\*

**Educare alla salute nella comunità: motivazioni generali e specifiche**

Il significato di salute ha subito negli anni recenti una evoluzione concettuale. I cambiamenti legati alla percezione e alla interpretazione dei problemi legati alla promozione e al mantenimento della salute hanno visto emergere altri determinanti fondamentali di tipo sociale, economico, culturale.

Nel mondo occidentale la patologia attuale si è profondamente modificata. Il miglioramento delle condizioni di vita, le pratiche igieniche e preventive, i progressi della farmacologia, hanno portato ad un cambiamento radicale delle patologie: le malattie infettive hanno lasciato il campo ad una prevalenza percentualmente importante delle malattie cronico degenerative. L'aumento della vita media, praticamente raddoppiata nell'ultima metà del secolo scorso, ha contribuito ulteriormente alla diffusione delle malattie croniche: si calcola che circa due terzi della popolazione senile presenti una o più patologie, affezioni croniche, non curabili se non nei sintomi, non suscettibili di guarigione, con cui bisogna convivere, a dispetto dei progressi della medicina, per il restante, più o meno lungo, della vita.

Lo scintillante sviluppo tecnico-scientifico della medicina, non sembra

\* Pedagogista e ricercatrice di Igiene e pedagogia sanitaria presso l'Università di Palermo. L'attività scientifica a cui si è dedicata con prevalente interesse riguarda l'area della prevenzione e promozione della salute, dell'educazione terapeutica e della relazione medico-paziente. Tra le sue ultime pubblicazioni: *Promuovere la salute nella comunità. Elementi di pedagogia sanitaria*, Milano, FrancoAngeli, 2010; *Manuale di metodologia epidemiologica per la promozione della salute e la prevenzione della disabilità*, Padova, Piccin, 2012; *La comunicazione in sanità per la salute pubblica* in Vitale F. e Zagra N., *Igiene per argomenti*, Milano, Elsevier, 2012; *Igiene e promozione della salute per scienze della formazione*, Padova, Piccin, 2012.

dare risposte e appare insufficiente ad affrontare globalmente i problemi del miglioramento della salute individuale e collettiva: la sola “cura” pur con i migliori risultati ottenibili, non viene percepita come risolutiva a fronte dei problemi connessi alla forte richiesta di miglioramento della salute e, ancora di più, di qualità della vita. Attualmente la formazione professionale del medico persegue un modello biomedico, in antitesi al quale è stato proposto da Engel, neuropsichiatra, un modello bio-psico-sociale che pone l’uomo come sistema complesso, al centro della attività di recupero e di mantenimento della salute. Un potenziamento della dimensione pedagogica appare necessario per valorizzare le relazioni e le influenze esistenti tra i sistemi viventi e per occuparsi anche del benessere del paziente affetto da malattia cronica. Va stabilita, infatti, una alleanza terapeutica, cioè una condivisione degli obiettivi e delle modalità di cura. Il paziente, a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all’attuazione del trattamento, deve venire fortemente coinvolto. Competenze pedagogiche e di comunicazione/relazione si richiederebbero al medico perché ciò avvenga. Gli attuali curricula delle Facoltà mediche, basati sul pensiero biomedico, appaiono, però, incapaci di costruire il bagaglio intellettuale necessario ai medici di oggi per essere sostenitori e partecipi della salute delle comunità. L’attività medica appare depositaria dell’educazione del paziente, in maniera autoritaria e impositiva.

D’altra parte, per converso, poiché tra i determinanti della salute è fondamentale l’educazione, determinante strategica specifica (educazione alla salute), si richiede una modifica delle condizioni socio-ambientali per migliorare le condizioni di qualità della vita e un rafforzamento delle competenze sulla salute degli individui. La maggior parte dei pazienti che soffrono di malattie croniche non attua una buona compliance, cioè segue il trattamento in modo irregolare e insufficiente ad ottenere un beneficio terapeutico ottimale. Sul piano economico questa non-osservanza ha spesso come conseguenza il prolungarsi della durata delle malattie, un aumento delle assenze dal posto di lavoro, frequente ricorso all’intervento medico, più frequente e prolungata durata delle ospedalizzazioni, cioè un aumento della spesa sanitaria.

Comportamenti errati e non corretti stili di vita stanno alla base della maggior parte della prevalente patologia attuale, cronica, incurabile, inguaribile, affrontabile in parte solamente nei sintomi. E questo, nella evidente mancanza di futuro terapeutico, trova speranza, in una parola concreta: prevenzione.

Speranze concrete, infatti, sono riposte nell’intervento preventivo per la diminuzione e controllo della incidenza delle patologie croniche, patologie comportamentali e quindi, in quanto umane, prevenibili con modificazione del comportamento. Pertanto:

La prevenzione è una grande tematica pedagogica [...] la pedagogia sociale riprende ed elabora iniziative volte a promuovere ambienti, spazi e condizioni positivamente connotati, concorrendo a contrastare condizioni di disagio, di rischio e di vero e proprio pericolo per porre le basi di un modo positivo di vivere la propria esistenza (L. Santelli Becegato, 2001).

Educare significa nutrire ed è vicino alla valorizzazione di ciò che è intrinseco. Si educa, in senso preventivo, per evitare le conseguenze negative che non si vorrebbe si traducessero in atto nei confronti del soggetto preso in cura (Blezza, 2009).

Nonostante l'impiego massiccio di mezzi di comunicazione di massa, le campagne per la prevenzione di comportamenti a rischio, non hanno avuto efficaci conseguenze per la mancanza di inserimento di una prospettiva pedagogica, i cui specifici strumenti avrebbero correttamente comportato un esito diverso.

È noto che molti dei massimi pedagogisti dell'ultimo secolo fossero medici: Decroly, Ferrère, Bovet, James, Montessori, Binet oppure contigui alla medicina come Bruner, Piaget, Werthheilmer, Rogers, Claparede.

Vi è necessità di accedere alle attività di prevenzione e promozione della salute da soggetti attivi e da utenti fruitori e ciò dovrebbe comportare un insieme di azioni volte ad ottenere la partecipazione attiva della comunità e dei suoi componenti nei programmi e nelle scelte prioritarie da adottare sulla salute.

Si pensi all'enorme squilibrio esistente fra spesa ospedaliera (eu 568,58/p) e spesa per la prevenzione (eu 54,59/p). Basterebbe l'adozione di misure preventive per le malattie cardiovascolari a ridurre la spesa sanitaria, in termini di ricoveri e terapie.

Si impone una rivisitazione dello stesso termine di *Educazione sanitaria*: più che gli elementi strettamente legati alle strutture sanitarie, *educazione alla promozione della salute e educazione ambientale* enfatizzano le componenti pedagogiche.

Nell'area sociale e socio-sanitaria la pedagogia della salute deve essere guida nei processi di cambiamento per rendere la persona in grado di partecipare alla gestione della propria salute, della quale ogni individuo è unico proprietario. È indispensabile, però, ottenere una motivazione forte che induca il soggetto a modificare il comportamento pericoloso.

La salute normalmente fa parte da una "scala di valori" che partecipano alla costruzione delle rappresentazioni mentali che vengono elaborate all'interno di una società. Nell'animo umano, poi, convivono due componenti con interessi non coincidenti. Nel cervello, l'interazione tra le sue due parti principali, è quella tra la parte razionale che guarda al futuro (la pare-

tiana utilità futura) e la parte agente, emotiva, che pensa solo all'oggi (la paretiana utilità attuale).

Per essere più efficace possibile l'educatore che fa prevenzione deve tener conto delle basi culturali per la scelta delle strategie da utilizzare. La conoscenza dei contenuti del patrimonio culturale e dei processi educativi che vi sono alla base potrà consentire un intervento che utilizzi i canali, i codici e i mezzi di comunicazione adeguati. È fondamentale far acquisire la consapevolezza dei fattori che hanno determinato un certo comportamento. In tal modo, tenendo conto dei fattori sociali, è possibile ottenere delle modifiche di atteggiamenti e comportamenti dell'individuo e del gruppo.

Educare alla prevenzione significa saper sviluppare una cultura del progetto di sé. La prevenzione e la promozione della salute, intesi come un fondamentale processo educativo, richiedono di attivare un apprendimento capace di apportare modifiche al proprio progetto di vita: la promozione della salute diventa, così, scelta attiva di vita. Una pedagogia, quindi, che agisce con strumenti educativi sulle radici del comportamento umano e, allo stesso tempo, guida del processo di crescita ed evoluzione biopsicosociale.

Elemento determinante diventa l'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) di base della popolazione che deve essere tale da rendere l'individuo autosufficiente nel definire priorità ed obiettivi. L'istruzione, la lingua, la cultura, sono tutti fattori che influiscono sul grado di *health literacy* delle persone. Le competenze per la salute accrescono la capacità dell'individuo di operare delle scelte sulla propria salute che influiscono favorevolmente nella vita quotidiana, consentendo in questo modo di agire in qualità di cittadini informati e di fornire un vero consenso informato alle procedure di cura e non sottoscrivere frettolosamente un atto meramente burocratico. Un basso livello di *health literacy*, al contrario, mette a rischio la salute. Il rischio relativo di contrarre una patologia cardiovascolare è proporzionalmente minore in chi possiede una laurea o un diploma, e maggiore fra coloro appena alfabetizzati, perché le competenze culturali influenzano direttamente le patologie e i valori assoluti di mortalità.

Incremento della *health literacy*, dunque, importante strategia di *empowerment* (informazione, comunicazione, consenso informato, educazione terapeutica), per riuscire a dare alla persona le capacità di controllare e migliorare la propria qualità di vita. *Empowerment del paziente* come strategia di promozione della salute (ruolo attivo del paziente, responsabilità, partecipazione alle decisioni). La prevenzione come assunzione di responsabilità: ogni soggetto deve diventare consapevole che la conoscenza diventa veramente significativa quando si assume la responsabilità di confrontare con altri ciò che si va costruendo.

Le azioni volte a modificare i comportamenti richiedono agli individui

l'accettazione di un significato, ma la parte emotiva dell'uomo non si accontenta di significati e va alla ricerca del senso delle cose.

Nell'area delle discipline pedagogiche il senso è espresso dal pieno sviluppo delle potenzialità dell'uomo, da scelte responsabili, da ambienti fisici e sociali favorevoli alla salute, dall'Io come relazione e apprendimento, volto alla interpretazione del mondo (Ingrosso, 1998).

In tale percorso pedagogico si afferma il metodo della «coscientizzazione», cioè il realizzare quella «liberazione nella comunione» che rende l'educazione «problematizzante», intesa, cioè, a formare l'uomo come soggetto aperto, rivolto alla sua «permanente ricerca di essere di più». L'obiettivo dell'educazione è «emancipare gli uomini»: ciò significa dare loro il diritto e il potere della parola e formarli nella liberazione e per la libertà, in modo da fare entrare operativamente le diverse classi sociali costruttivamente nella cultura: nell'uso della cultura e nella sua produzione.

Negli uomini e nelle comunità bisogna cancellare la «paura della libertà». Il vero aiuto da dare all'uomo consiste nel farlo agente del suo stesso recupero, nel collocarlo in una posizione critica di fronte ai suoi problemi. (Freire, 1968).

### **La formazione nella prevenzione e promozione della salute nella comunità**

Il ruolo dell'educatore vede fra i suoi obiettivi: la realizzazione di una *attitudine* della comunità, prima che di una *determinazione alla modifica*, nell'area fisica (interventi di prevenzione, fattori alimentari, sedentarietà), nell'area psichica (motivazione, satisfaction, uso di sostanze) e sociale (violenza, razzismo, rifiuto del diverso, non ascolto dei bisogni), e come risultato collaterale la diminuzione della spesa sanitaria e la liberazione di risorse da investire nelle strutture dell'educazione (*health promoting schools*) e nella *health education* in generale.

I laureati in Scienze dell'Educazione devono acquisire “conoscenze teorico pratiche per l'analisi della realtà sociale culturale e territoriale e competenze per elaborare, realizzare, gestire e valutare processi educativi al fine di rispondere alla crescente domanda educativa espressa dalla realtà sociale e dai servizi alla persona e alle comunità”, per svolgere “attività di educatore [...] nelle strutture pubbliche e private che erogano servizi sociali e sociosanitari [...] servizi di educazione ambientale” (tabella ministeriale: obiettivi formativi elencati per la classe L19). Nell'ambito degli obiettivi formativi atti a “fornire conoscenze nel campo dei fattori sociali che condizionano lo stato di salute nonché conoscenze sullo stato del benessere o del

degrado ambientale” e “a far acquisire competenze per educare a stili di vita che promuovano la salute e a comportamenti che siano di rispetto per gli ambienti sia naturali che fortemente antropizzati come quello urbano”; gli insegnamenti di Igiene, di Pedagogia sanitaria e di Educazione alla salute nella comunità si propongono come elementi di approfondimento delle tematiche relative.

Viene offerta all’attenzione e alle riflessioni critiche del discente una lettura di eventi ambientali e delle loro conseguenze sociali, volta all’analisi di problemi che, se non correttamente interpretati e associati ad una cultura del servizio, della uguaglianza, responsabilità e partecipazione, possono esprimersi in degrado sociale, in emarginanti miserie, in avviliti vuoti di valori di una società che sembra preoccupata e occupata più a costruire indifferenza che a trovare concrete risposte.

Vengono affrontati, perché ne diventa necessaria la conoscenza, i *mutamenti nel divenire sociale del significato di salute e l’assetto dei servizi sanitari* (Ordinamento Sanitario Italiano: la sanità, sistema complesso), organizzazione sociale necessaria e fondamentale per interpretare i bisogni e dare risposte alle esigenze di salute della comunità anche nei temi economici, di accesso e di l’uguaglianza dei trattamenti.

Tema stimolante sono anche i rapporti con l’Europa (*una Europa per gli Europei*: l’Unione Europea e il ruolo della Organizzazione Mondiale della Sanità) volti ad una conduzione unitaria dei servizi sanitari. I *determinanti di malattia e di salute* portano a *disuguaglianze di salute* che si esprimono in bisogni diversi nelle diverse comunità, che devono essere valutati e a cui bisogna dare risposta anche in campi diversi dal sanitario (“curare” nella comunità), con *qualità* e badando alla *customer satisfaction*.

Sono presi in considerazione e analizzati alcuni rilevanti momenti di *patologia “sociale”* e aspetti legati all’evolversi dei problemi e dei disagi nelle diverse età della vita – *i minori* (diritti e strutture a sostegno, pedofilia, prostituzione e violenza sulle donne, devianza e sofferenza, la giustizia minorile) – la *coppia*, la *famiglia* (MST, protezione materno/infantile, i consultori, dall’affido all’affidamento condiviso) – visti nel loro contesto di costruzione di benessere o, al contrario di malessere. Rilevanti problemi di interpretazione pedagogica pongono l’invecchiamento e le modificazioni che comporta nella comunità, la morte, lo stato terminale, cosciente o incosciente.

Ampio lo spazio dedicato alla prevenzione e promozione della salute, negli aspetti *biologici, genetici, immunologici* (promozione delle vaccinazioni, aspetti sociali delle malattie genetiche), *alimentari* (nutrizione e salute, educazione alimentare nelle diverse età, nutrienti e corretti stili alimentari, dismetabolismi, malattie croniche), legati ad *errati stili di vita* (uso e

abuso di alcol, fumo, droghe, farmaci, dipendenze senza sostanza, tatuaggi), *sociali* (intolleranza razziale, religiosa, accettazione, integrazione, discriminazione di genere, diritti della “persona”, disabili e disabilità). Prevenzione e promozione della salute assumono particolare rilevanza in *contesti particolari indoor e outdoor*, quali la scuola, gli ambienti di lavoro, l’ambiente urbano e il territorio nella sua accezione più vasta.

Il territorio, in degrado, insidiato da pericoli umani più che naturali, ma pur capace di sopportare uno sviluppo sostenibile, attende l’avvento di una piena coscienza eco-pedagogica.

In sintesi relativamente alle problematiche interessate, gli insegnamenti citati sono dedicati:

- alla educazione al mantenimento della salute come diritto individuale e come dovere verso il mantenimento della salute collettiva;
- alla costruzione della salute e al rispetto della qualità e dignità della vita in tutte le fasi dello sviluppo umano;
- alla valutazione dei bisogni del territorio e delle realtà locali perché siano promotori di salute con idonee scelte e accurata programmazione politico-economica;
- allo sviluppo di una coscienza eco-pedagogica nel rispetto di una partecipazione paritetica alla vita del pianeta e dei doveri ereditari verso i suoi futuri abitanti.

La formazione, finalizzata alla strutturazione di un cittadino competente, tende ad offrire un supporto forte agli sbocchi occupazionali, che oggi necessitano di competenze e di abilità, complementari alle “cure”, a cui la cultura tradizionale non sembra capace di far fronte e verso le cui richieste non sempre viene offerta la necessaria preparazione pedagogica.

Al completamento dei percorsi indicati da queste discipline, i discenti dovrebbero essere in grado di conoscere e gestire le principali metodologie e tecniche di educazione e di comunicazione, attuare e valutare progetti di educazione e di empowerment alla salute. L’obiettivo generale è quello di indicare le relazioni tra salute e educazione.

Gli obiettivi specifici portano a valutare i rapporti tra la salute e i contenuti dell’educazione che su questa hanno influenza, cioè acquisire capacità di gestione per:

- affrontare e gestire problematiche concrete riguardanti il processo formativo all’interno di percorsi di prevenzione e promozione della salute in ambiti di interesse socio sanitario;
- operare nei processi formativi nell’ambito delle istituzioni e delle organizzazioni che erogano formazione in campo socio-sanitario;
- sviluppare autonomia negli interventi e nelle metodologie di ricerca-azione nel campo dell’educazione alla salute per poter attuare interventi

di prevenzione e promozione della salute nei vari contesti istituzionali e della vita quotidiana.

Negli interventi di prevenzione e di promozione della salute deve essere tenuto in conto, pertanto, non solo l'evento sanitario ma la patologia disadattiva è da considerare come "fenomeno di comunità" e ad esso devono essere opposte soluzioni educative, economiche, sociali, ambientali.

### **Addendum**

I laureati in Scienze dell'Educazione nel sistema integrato di servizi creato con la legge 328/00 intervengono sui bisogni educativi connessi alla droga, alla tossicodipendenza, all'handicap, all'AIDS, alla violenza sui minori, alle adozioni, agli affidi, al disagio giovanile, alla emarginazione sociale, alla mortalità scolastica, all'integrazione degli extracomunitari ed altri, fornendo prestazioni alla persona di qualsiasi età, alla coppia, alla famiglia, al gruppo ed alle istituzioni.

Enti Locali (Comuni, Province, Regioni) Servizi socio-sanitari pubblici e privati, Centri di riabilitazione convenzionati col SSN, vedono i laureati in Scienze dell'Educazione nei propri ruoli, anche con livello apicale.

Art. 2 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761.

Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000).

Sentenza del Consiglio di Stato sez. V, 13 luglio 1994, n. 763.

D.M. 29 marzo 2001 (Pubblicato nella G.U. n. 118 del 23 maggio 2001)

Legge 1 febbraio 2006, n. 43 (Allegato III).

### **Riferimenti bibliografici**

- Albano M.G., d'Ivernois J.F. (2001). Quand le médecins se font pédagogues. *Les cahiers pédagogiques*. 399: 55-57.
- Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Intern*. 11: 725-733.
- Assal J.Ph., Lacroix A. (1998). *L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris: Vigot.
- Auxilia F., Pontello M. (2012). *Igiene e sanità pubblica. Educazione sanitaria* (a cura di Pellai A). Padova: Piccin.
- Barbuti S., Bellelli E., Fara G.M., Giammanco G. (2002). *Igiene*. Bologna: Monduzzi.

- Beccastrini S., Nannicini M.P., Piras G. (1997). *Pedagogia della salute*. Napoli: Liguori.
- Blezza F. (a cura di) (2009). *Pedagogia della prevenzione*. Torino: Centro Scientifico.
- Blezza F. (2010). *La pedagogia sociale*. Napoli: Liguori.
- Catarsi E. (2004). *La relazione d'aiuto nella scuola e nei servizi socio educativi*. Pisa: del Cerro.
- Crispiani P., Giacconi C. (2007). *Hermes 2008. Glossario pedagogico professionale*. Bergamo: Junior.
- Downie R., Tannahill C., Tannahill A. (1996). *Health Promotion. Models and values*. New York: Oxford University Press.
- d'Ivernois J.F., Gagnayre R. (tr. it. 2000). *Educare il paziente, un approccio pedagogico*. Ed italiana a cura di Albano M.G., Sasso L., Milano: McGraw-Hill.
- Freire P. (1968), *Pedagogia degli oppressi*, tr. it. Torino: Ega, 2011.
- Ingrosso M. (a cura di) (2007). *Salute e società*. Milano: FrancoAngeli.
- Lavarone M.T., Lavarone T. (2004). *Pedagogia del benessere. Per una professionalità educativa in ambito psico socio sanitario*. Milano: FrancoAngeli.
- Lemma P. (2005). *Promuovere la salute nell'era della globalizzazione*. Milano: Unicopli.
- Levi-Montalcini R. (1987). *Elogio dell'imperfezione*. Milano: Garzanti.
- Lopez A.G. (2004). *Empowerment e pedagogia della salute*. Bari: Progedit.
- Massa R. (1992). *La clinica della formazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Meloni C., Pelissero G. (2007). *Igiene*. Milano: Cea.
- Merleau-Ponty M. (1993). *Il visibile e l'invisibile*. Milano: Bompiani.
- Orefice P., Sarracino V. (a cura di) (2004). *Nuove questioni di pedagogia sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Raeburn J., Rootman I. (1998). *People centred health promotion*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Santelli Beccegato L. (2001). *Pedagogia sociale*. Brescia: La Scuola.
- Taieb O., Heidenreich F., Baubet T. (2005). Donner un sens à la maladie: de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Med Mal Infect.* 35: 173-85.
- WHO (1978). *Alma Ata declaration*. Geneve: Who.
- WHO (1996). *Ottawa Charter for Health promotion*. Geneve: Who.
- WHO (2001). *Regional European Health Report*. Madrid 10-13 September.
- Zannini L. (2001). *Salute, malattia e cura*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini L. (a cura di) (2004). *Il corpo paziente*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini L. (2008). *Medical Humanities medicina narrativa: nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Cortina.
- Zannini L. (2005). *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerini.