

## Educazione sanitaria e servizi di base

M. Antonia Modolo, Ester Balestra e Paolo Traditi

da: Atti 2^ Conferenza italiana di educazione sanitaria: Educazione sanitaria e politica per la salute, Firenze, 15-18 ottobre 1975

#### Parte prima L'azione di base

"La salute come evento costruito dalla gente sembra essere, nel momento attuale, la conquista più rilevante emersa dalle valutazioni dell'azione sanitaria in vari paesi. Sembra giunto il momento in cui non ci si deve meravigliare se importanti problemi sanitari si dimostrano risolvibili con una azione sanitaria di base o con la semplice assistenza sanitaria di territorio".

Con queste osservazioni Newell, direttore del settore per lo sviluppo dei servizi sanitari dell'OMS, commenta le esperienze di alcuni paesi che hanno riorganizzato i servizi sanitari centrandoli sullo sviluppo di comunità, ed in particolare l'episodio di un operatore di base da lui incontrato a Costa Rica, il quale con un certo stupore riferiva i dati della zona a lui affidata per un programma di educazione sanitaria, assistenza sanitaria di base e sviluppo alimentare, che dimostravano come, a cominciare dall'anno successivo all'inizio del programma, la mortalità infantile si era drasticamente ridotta fino quasi a scomparire.

Gli esempi che vengono dai paesi in via di sviluppo che si sono trovati ad affrontare drammatici problemi sanitari, hanno dato il via ad una serie di riflessioni valutative sul modo di affrontare i problemi della salute anche in quei paesi, in cui si era andato affermando il concetto, dimostratosi illusorio, che le conquiste della chimica e della tecnologia avrebbero comunque permesso all'uomo di liberarsi della malattia.

Oggi è ampiamente dimostrato che tali mezzi possono essere utili in alcuni casi, ma perché riescano effettivamente a portare un contributo debbono essere inseriti come strumenti in un complesso di interventi più vasto, che garantisca la salute, e non si limiti a risolvere i problemi dell'episodio acuto della malattia.

#### La salute come scelta politica

Nell'affrontare il tema "educazione sanitaria e servizi di base" dobbiamo innanzi tutto stabilire quale è l'obiettivo dei due termini della nostra discussione. Tale obiettivo non può essere fissato a livello teorico, esso deve scaturire dalle scelte che una comunità persegue. Nel caso del nostro paese esso è stato già fissato dalla Costituzione per la quale la salute è uno dei diritti fondamentali dei cittadini italiani (art. 32), per cui obiettivo dell'educazione sanitaria e dei servizi per il nostro paese è la salute e non semplicemente la cura delle malattie.

È allora necessario stabilire che cosa si intende col termine salute e quali sono i mezzi per combattere i fattori che la minacciano e le strategie per conservarla e migliorarla. Nell'esaminare i problemi connessi con la salute ormai è per tutti chiaro che si tratta innanzitutto di problemi che riguardano i modi di vita, intesi in senso lato, e, quindi, le scelte sociali e politiche che li condizionano.

Salute per i bronchi aria pura, abitazioni salubri, lavoro in ambiente non inquinato. "Aria pura" è politica urbanistica, "abitazioni sane" è politica della casa, "ambiente di lavoro non inquinato" è scelta di politica economica.

La salute ha un significato globale dal quale non si può derogare, poiché legato all'unità dell'individuo ed alla globalità dei suoi bisogni, nell'espressione fisica e psichica nei rapporti con l'ambiente fisico e sociale.

Tale unità non può e non deve essere spezzata nemmeno per conseguire i fini pratici dell'organizzazione di un servizio, e non solo tutte le analisi per l'individuazione dei fattori di rischio vanno condotte tenendo presente tale unità, ma anche l'impostazione della medicina preventiva e curativa non può prescindere da tale dato della realtà esistenziale. Pena il conseguimento di obiettivi parziali, se non addirittura errati.

Qualche semplice esempio può essere illuminante. Si è dimostrato che la cura del bambino in ospedale lontano dalla madre, può procurare danni psichici non indifferenti, sia al bambino che alla stessa madre; ma ospedali che si occupano solo dell'intestino di un bambino gastroenterico, o tutto al più del suo bilancio idro-salino, non può tener conto di questo, la struttura non ritiene di essere responsabile della «salute» del bambino, essa risolve il problema parziale che ritiene essere sua competenza.



Un servizio di medicina scolastica può settorializzare il suo intervento e curare, nei casi migliori con competenza, anche se inevitabilmente con scarso successo, i paramorfismi dei ragazzi ad esso affidati, senza chiedersi in quale modo si svolge il lavoro scolastico, se non è per caso scarsa l'attività fisica, se non ci sono fattori di rischio per lo sviluppo della personalità degli allievi. Un bambino con le spalle diritte ed infelice, non è un bambino sano.

Nell'elaborato di una classe elementare che aveva affrontato i temi dell'educazione sanitaria un bambino ha efficacemente sintetizzato questi concetti: nel disegno in cui rappresentava sé stesso curvo sul banco, commentava:" La maestro dice sempre che devo star dritto per la mia schiena, ma io sto curvo perché sono timido!".

Altri esempi paradigmatici verranno dalla relazione che specificatamente si occupa del lavoro, settore nel quale il rapporto la salute e scelte politiche è particolarmente chiaro.

La solidarietà dei problemi individuali e collettivi con l'ambiente fisico e sociale conduce inevitabilmente alla correlazione "salute-vivere politico", poiché l'organizzazione dell'ambiente oggi più che mai è un fatto di scelte politiche, intese come norme e principi che orientano la vita della comunità.

La salute risentirà delle scelte politiche di una comunità, delle scelte in merito ai modelli di sviluppo, di produzione e di consumi, di organizzazione degli insediamenti ecc.

Si possono portare alcuni chiari esempi. Lo sviluppo dell'industria automobilistica per l'uso privato conseguenza di una scelta politica, che ha condizionato altre scelte come quella di privilegiare le autostrade tra le opere pubbliche.

La necessità di inserire proficuamente il prodotto sul mercato mette in moto spinte sociali che inducono gli individui ad acquistare l'automobile, in armonia con i bisogni della produzione. L'automobile non può più rispondere semplicemente al bisogno che è funzionale alla sua caratteristica, l'esigenza del trasporto: è necessario che il consumo vada al di là di tale bisogno; i mediatori che costruiscono la spinta sociale (ad es. la pubblicità) inducono motivazioni nuove: la macchina non è più per il singolo un semplice mezzo di trasporto, diventa un oggetto per il soddisfacimento di bisogni diversi «potenza», aggressività» ecc. L'aumento della circolazione delle macchine, e la guida imprudente e spericolata indotta dalle suddette motivazioni, aumentano le occasioni e, quindi, la frequenza degli incidenti. Gli incidenti del traffico sono la prima causa di morte nei gruppi di età giovanili.

Altro esempio: la cultura del tabacco viene inserita (recentemente anche dalla F.A.O.) nei programmi di sviluppo agricolo, ma essa non ha ragione d'essere se non si incrementa il consumo tabacco; anche in questo caso si mettono in moto sistemi di pressione sociale che inducono un aumento della frequenza dell'abitudine di fumare tra la popolazione e di conseguenza aumentano gli indici di morbosità e mortalità per bronchiti croniche (con rischio da 10 a 20 volte superiore tra i fumatori), per cancro del polmone (rischio da 5 a 10 volte superiore), di infarto (con rischio raddoppiato).

#### Modelli di sviluppo di fattori di rischio

Le scelte politiche, infine, condizionano i servizi i quali, anziché perseguire la logica della salute, perseguono quella di rispondere a bisogni contingenti, neppure sempre reali. La scelta di approvare prima una legge Ospedaliera e dopo,
eventualmente, quella per i servizi di
base e preventivi, la scelta di provvedere all'assistenza ospedaliera dei malati
di malattie infettive eradicabili, piuttosto che eradicare tali malattie, sono
scelte politiche che soddisfano l'esigenza del consumo dei farmaci di una industria fiorente, l'esigenza del consumo di
apparecchi e macchinari di una industria
tecnologica in espansione, l'esigenza
persino del consumo di medici prodotti
da una facoltà medica espansa al di là di
ogni reale bisogno.

La logica della produzione e del consumo che fissa obbiettivi a brevissima scadenza, è una logica che non può rendere in salute. Non ci sono molte parole da spendere per capire l'assurdità di chiedere l'incremento di reparti e di ospedali per malattie infettive, che sono periodicamente in aumento, ma dovrebbero, perché possono, scomparire o essere drasticamente ridotte. Come assurdo chiedere più ospedali, più specialisti per curare intossicazioni industriali, bronchiti croniche, incidenti sul lavoro e del traffico, offrire reparti di pediatria per bambini che non dovrebbero ammalare. Queste sono chiare scelte relative alla politica di sviluppo sanitario che un paese persegue. È la scelta: malattia si o malattia no.

E su questa scelta concreta bisogna chiaramente pronunciarsi oggi, visto che in linea di principio la scelta "salute" era stata già fatta — come abbiamo detto - dalla Costituzione.

### II ruolo della popolazione

Se le osservazioni fatte sono valide, risulta di conseguenza che un'azione per la salute deve impegnare i comportamenti degli individui e coinvolgere la



partecipazione della collettività. I comportamenti individuali, per la loro coerenza con la cultura del gruppo, con le motivazioni sociali e le condizioni ambientali debbono essere sostenuti dalle scelte collettive, le quali, a loro volta, sono sostenute e sollecitate dai singoli cittadini coinvolti nelle scelte della propria comunità. Documenti di vari paesi ed internazionali hanno più volte richiamato l'attenzione sulla necessità che l'azione sanitaria sia sostenuta dalla partecipazione della popolazione a tutti i livelli.

È necessario a questo punto chiarire quale ruolo può effettivamente giocare la partecipazione e quali sono le caratteristiche che la rendono efficace. La partecipazione della popolazione, si è detto, deve essere presente a tutti i livelli dell'azione sanitaria:

a) al momento della definizione dei bisogni e della individuazione dei rischi, l'esperienza del singolo e quella del gruppo, della collettività, elemento indispensabile alla conoscenza della realtà, dalla quale emergeranno, poi, gli obiettivi specifici dell'azione sanitaria. La "soggettività", ormai codificata tra le metodologie dello studio dei problemi della salute nei luoghi di lavoro, va impiegata nello studio di tutte le situazioni. Gli operatori sanitari e sociali, da soli e con i loro strumenti e parametri di valutazione, non possono cogliere, neppure con le più sofisticate ricerche, i bisogni, espressi e non, di ogni singola comunità. Lo scambio continuo fra popolazione e servizi, può verosimilmente offrire elementi di conoscenza più numerosi e più coerenti con la realtà. Il cittadino deve acquisire la capaciti di analizzare l'ambiente, le situazioni, i propri bisogni e quelli degli altri.

La soggettività va anche riconquistata nel rapporto di diagnosi e cura, poiché, solo la conoscenza dell'esperienza esistenziale del paziente, può consentire un inquadramento diagnostico preciso di tutta la patologia che riconosce legami con il comportamento e con l'ambiente (es. neuriti da intossicazioni, sindromi nevrotiche). Il paziente deve acquisire la capacità di comprendere i quesiti del medico e di collaborare nell'analisi dei fatti.

- b) lo studio delle soluzioni richiede ancora la partecipazione, le proposte vanno verificate con la popolazione che dovrà essere coinvolta nella loro applicazione. Stabilire le priorità, valutare l'applicabilità delle soluzioni alle situazioni locali, alla cultura, alle tradizioni è possibile solo se e quando l'opinione del pubblico si esprime. Scegliere la monetizzazione del rischio o l'eliminazione del rischio, non può essere deciso altro che da chi prenderebbe il denaro nel primo caso o farebbe sacrifici a lunga resa nel secondo. Ma basta anche pensare a problemi più semplici quali l'ubicazione di un servizio e i suoi orari, e l'importanza di concordarli con gli utenti.
- c) ma soprattutto a livello della messa in opera delle soluzioni che la partecipazione diventa indispensabile. È indispensabile che la popolazione di una città inquinata si costituisca come gruppo di pressione per eliminare questo rischio, come indispensabile che il singolo paziente sia capace di applicare la terapia, con competenza. Poiché l'azione per la salute è largamente, come abbiamo più volte detto, un'azione politica, in

- questo preciso momento, che il ruolo della popolazione si esplica appieno, e popolazione diventa «attore» nella conquista dell'obiettivo salute.
- d) Infine al momento della verifica dell'efficacia di una azione sanitaria o di un servizio, la partecipazione è ancora un elemento indispensabile, poiché i servizi, oltre ad incidere su parametri esprimibili in indici statistici, debbono anche rendere in «benessere», che è un dato valutabile soprattutto soggettivamente.

Le caratteristiche della partecipazione riguardano soprattutto la capacità di incidere sulle situazioni reali. Tale capacità dipende almeno da due fattori principali: a) dalla possibilità di accedere alle conoscenze indispensabili per poter studiare e comprendere i problemi sanitari, e quindi educazione sanitaria; e b) dalla possibilità concreta di poter effettivamente incidere sulle decisioni, vale a dire dal potere che istituzionalmente i consigli sanitari (o consigli di fabbrica, di quartiere etc.) avranno.

Appena necessario rilevare come, anche in questo caso, si torna al problema di scelte politiche. È infatti una scelta politica diffondere fra la popolazione le conoscenze che la scienza ha già acquisito e che riducono il divario esistente tra il corpo sanitario (che detiene queste conoscenze) e gli utenti delle conoscenze stesse. È ancora una scelta politica responsabilizzare la popolazione con una partecipazione diretta, tramite organi eletti, che è la forma senza dubbio più coinvolgente.

#### L'educazione sanitaria

Tutto ciò richiede conoscenze, conoscenze di alcuni dati fondamentali sulle conquiste scientifiche e disponibilità di mezzi tecnici per approfondire tali cono-



scenza dei dati obiettivi della situazione sanitaria, conoscenza delle possibilità pratiche per risolvere eventuali problemi, per eliminare i fattori di rischio, per interventi sulle malattie. L'educazione sanitaria è il mezzo per accedere a tali conoscenze. Lo scambio di informazioni tra operatori sanitari e popolazione, a livello di base, in seno agli organismi di partecipazione, diventa il momento fondamentale di acquisizione della educazione sanitaria.

L'educazione sanitaria si presenta cosi come lo strumento di comunicazione tra tecnici e popolazione; nel lavoro comune ognuno acquisisce gli elementi di conoscenza che sono necessari all'azione concreta: gli operatori sanitari riceveranno informazioni sui bisogni, sugli atteggiamenti, sui comportamenti e i modi di vita della popolazione e questa prenderà dai tecnici le nozioni sulle condizioni epidemiologiche, sui fattori di rischio, sulle soluzioni tecniche utili per sviluppare la propria partecipazione in modo consapevole e critico.

L'OMS già nelle sessioni del 1964 e 1965 del Comitato regionale del Sud-Est Asiatico insisteva 1) sull'importanza dell'educazione sanitaria: a tutti gli stadi della pianificazione delle attività sanitarie, 2) sulla necessità di mettere a punto metodi per valutarne I 'efficacia; 3) sulle difficoltà che si incontrano nella valutazione dei risultati ottenuti dai servizi e dalla educazione sanitaria (4).

La realizzazione di effettivi strumenti di partecipazione può, a nostro avviso soddisfare le esigenze suddette (forse anche meglio di ricerche programmate ad hoc) per mezzo dell'azione capillare di scambio costante tra operatori sanitari e popolazione che permetta una comunicazione continua di idee e informazioni e la verifica permanente dell'efficacia dell'azione educativa nel lavoro comune svolto per raggiungere gli obiettivi sanitari in comune fissati.

Questo è realizzabile, oltre che a livello di territorio, anche nei posti di lavoro (come stato ampiamente dimostrato dalle esperienze sviluppatesi in Italia) e nella scuola, se gli organi di gestione della scuola funzioneranno veramente in senso democratico.

Nel nostro paese (come del resto in molti altri) queste affermazioni avrebbero potuto suonare come astratte teorizzazioni, se non facessero già parte della nostra realtà, se l'esperienza fatta dalla classe operaia nelle fabbriche non ci avesse dimostrato che tutto questo non solo è possibile, ma costituisce veramente la scelta inevitabile di una effettiva politica per la salute.

A questo punto forse si potrebbero aggiungere altri elementi per arricchire la trattazione dell'educazione sanitaria. Si potrebbe parlare di contenuti, si potrebbe discutere di metodi. Ma il discorso risulterebbe inevitabilmente astratto. I contenuti, infatti, non possono che scaturire dalla realtà del gruppo, dalla sua situazione, dalle sue aspirazioni. I metodi sono tutti quelli che il metodo operativo che abbiamo dovuto scegliere, ci consente; il metodo della partecipazione consente l'impiego di tutti i meni che la tecnica dell'informazione, della ricerca, della comunicazione banno sperimentato, restando fermo il punto che solo nello studio concreto di problemi si possono sviluppare anche quelle conoscenze che servono a comprendere meglio i problemi stessi.

Ci sarebbe semmai da rilevare che uno degli ostacoli più insidiosi da superare è quello del linguaggio. II tecnico può, usando un linguaggio incomprensibile al laico, mistificare tutto il rapporto. In educazione sanitaria si è data sempre molta importanza al linguaggio ed al suo adattamento alle esigenze della popolazione. Ma, anche in questo caso, non si tratta solo di un fatto tecnico, non si tratta solo di usare parole comprensibili e di spiegare quei concetti e quei termini che non fanno parte del patrimonio culturale della popolazione, si tratta di qualcosa di più.

Si tratta di realizzare un processo di comunicazione in cui sia l'operatore sanitario (medico e non) che la popolazione svolgano ambedue i ruoli di emittente e di ricevente. II tecnico acquisirà conoscenze sul linguaggio della popolazione, nelle espressioni, i modi di dire e sui loro significati, e la popolazione acquisirà i significati del linguaggio tecnico, di quella parte di tale linguaggio che è strumentale al ruolo che essa deve svolgere nella difesa della salute.

# L'educazione sanitaria e i servizi di territorio

Quali sono le strutture nelle quali si può realizzare tutto ciò oggi, e quali quelle che saranno utilizzabili domani? Per quanto riguarda l'oggi, le esperienze che presenteremo nella seconda parte di questa relazione e le esperienze che verranno presentate da tutti nei lavori di gruppo, ci dimostreranno che cosa pub essere fatto subito. Le prospettive per il futuro sono quelle che dovrebbero scaturire dalla riforma sanitaria, riforma che appare lontana, ma potrebbe anche essere molto vicina, specialmente se le Regioni, in attesa della Legge, cominciano ad operare secondo i principi ispiratori della riforma stessa.

Le strutture sulle quali la realizzazione dell'educazione sanitaria può far perno sono due: le organizzazioni di partecipazione di base (consigli di fabbrica, con-



sigli di quartiere, consigli di istituto) ed i servizi sanitari di base. In queste due strutture si ritrovano gli elementi componenti dell'azione sanitaria ed educativa: gli operatori e la popolazione.

I servizi sanitari che si stanno ristrutturando nelle regioni, o che si ristruttureranno con la riforma, debbono rispondere ai principi che abbiamo esposto, se hanno come obiettivo la difesa della «salute», a tutti i livelli servizi dovranno partire dalla popolazione e faranno perno sulle attività di base, che si sviluppano lì dove la gente vive e lavora. Elemento caratterizzante non sarà tanto la ristrutturazione di servizi presenti, quanto l'effettiva possibilità che il servizio sia costruito con la gente, e sia da essa permanentemente controllato, valutato, riorganizzato seconda dei bisogni che col tempo si presentano. Nel progetto di riforma governativo, ed anche in molti progetti regionali, l'elemento attraverso il quale il servizio si porta capillarmente sul territorio è il «distretto». II distretto è la struttura che consente agli operatori di base (infermieri, medici, farmacisti, assistenti sociali) di costruire quei rapporti di scambio permanente con la popolazione. È nella struttura capillare dove si costruisce l'azione di educazione sanitaria più efficace e operativa. Per questo il distretto non deve essere troppo ampio; la sua estensione può essere definita solo dai parametri della partecipazione, per cui un distretto sarà valido quando per estensione territoriale e demografica e per condizioni socio-culturali consentirà ai cittadini che vi abitano di controllare direttamente ed efficacemente la situazione sanitaria.

Nel distretto opererà l'équipe di base che sarà costituita sempre almeno da un infermiere di sanità pubblica e da medici, ma per lo più comprenderà anche l'ostetrica, il farmacista ed altri operatori in particolare per i servizi sociali. La responsabilità dell'educazione sanitaria a questo livello è di tutti gli operatori, compresi gli insegnanti e quanti altri si occupano di animazione sociale e sviluppo di comunità.

Ogni distretto è gestito da un organo partecipativo (Consulta o comitato o Consigli di distretto) che potrà anche essere parte di organi più ampi (es. Consigli di quartiere), la presenza degli operatori socio-sanitari a fianco di questi organi nelle loro riunioni e nelle assemblee della popolazione costituisce il mezzo principale per ridurre la distanza fra le conoscenze tecniche specialistiche degli operatori, e quelle della popolazione, creando quello scambio permanente, a cui già si accennato, per cui l'educazione sanitaria diventa materia «viva e non imparata».

Nel distretto uno o più ambulatori costituiscono il centro della salute, al quale il cittadino può rivolgersi, non solo in caso di malattia, ma sempre, come centro di consultazione, per consigli, informazioni, guida (es. problemi della contraccezione, di puericultura, di dietetica, di igiene mentale). Dal servizio di distretto partono le richieste per gli altri servizi. I distretti costruiscono l'articolazione periferica delle Uniti Sanitarie Locali. L'US.L. (o U.LS.S.) opererà in collegamento con i distretti di base, e le pressioni che vengono da questi, dovrebbero agire come spinta motrice per le scelte politiche delle unità locali stesse.

II distretto costituisce anche il cardine della assistenza curativa, attraverso quei servizi domiciliari e ambulatoriali, che forniscono alla nostra attuale organizzazione il mezzo per invertire la tendenza alla concentrazione dell'assistenza negli ospedali. I servili domiciliari sono anche un prezioso ausilio per l'educazione sanitaria individuale e familiare. Chi vi opera può svolgere l'azione educativa in stretta correlazione con la realtà ambientale e nei momenti di maggiore bisogno, quindi, di grande interesse e della massima spinta operativa.

A livello di USL sarà necessario prevedere un servizio di educazione sanitaria in appoggio a tutte le attività di base. Un'équipe costituita da educatori sanitari qualificati e un centro di documentazione, con biblioteca e mezzi audio-visivi sussidiari, potrebbero costituire un efficace servizio a cui possano rivolgersi operatori di base e popolazione. Tale attività potrebbe essere collegata anche alle attività di formazione permanente o di base degli operatori socio-sanitari. In tal modo si realizzerebbe un centro comune, dal quale operatori e popolazione potrebbero attingere le informazioni e i sussidi di cui hanno bisogno per condurre con più competenza il lavoro di base. Questo contribuirebbe a rinforzare anche sul piano culturale il rapporto di base, di cui fanno parte operatori e popolazione. Anche queste proposte, che potrebbero sembrare utopistiche, cominciano ad acquistare consistenza.

Per la bibliografia vedi articolo originale