

Educazione sanitaria e salute pubblica*

Health Education and Public Health

Alessandro Seppilli

Definizione, scopi e premesse dell'educazione sanitaria

Le lezioni precedenti spero abbiano servito a dimostrare che l'Educazione Sanitaria non è una cosa semplice e, tanto meno, che si possa facilmente improvvisare.

Ciò che è stato detto in questo Corso da esperti di diversa formazione professionale e più ancora le vostre discussioni di gruppo e la preparazione del materiale didattico che voi stessi avete realizzato, vi debbono avere convinti della necessità di una seria e complessa preparazione e di una duttile e sensibile articolazione perché l'opera dell'educatore sanitario possa in effetti raggiungere i suoi scopi. Cerchiamo di definire questa «Educazione Sanitaria». Abbiamo veduto che essa non costituisce un semplice travaso di cognizioni dal docente al discente; né possiamo identificarla con la propaganda igienica, dalla quale, al contrario, profondamente differisce. La propaganda igienica, come ogni altra forma di propaganda, si rivolge prevalentemente

all'inconscio, senza richiedere una cosciente elaborazione dei temi da essa proposti. Voi sapete che, al limite, la propaganda può dirigersi all'inconscio saltando addirittura il controllo della coscienza: gli esperimenti realizzati con la così detta «propaganda subliminare» dimostrano tale possibilità. Inserendo in un film a soggetto, a distanza conveniente, dei fotogrammi propagandistici, senza nessun legame con il resto delle proiezioni, tali fotogrammi non vengono percepiti dalla coscienza, ma l'occhio li capta e li trasmette ai centri nervosi e il comportamento del soggetto ne rimane influenzato senza che questi se ne accorga. Senza arrivare a questi estremi, gran parte della moderna propaganda commerciale è diretta a raggiungere lo stesso risultato: noi non «vediamo» più un gran numero di cartelli pubblicitari, ma la loro presenza ci condiziona ugualmente e ci influenza nelle nostre scelte. Non si vuole escludere con questo che l'educatore sanitario non possa servirsi, in alcuni casi determinati, dei

* Lezione conclusiva tenuta al I° Corso estivo di Educazione Sanitaria, Perugia 1958

metodi della propaganda, per ottenere risultati rapidi di fronte a problemi urgenti e in ambienti dove l'opera educativa non abbia modo di svilupparsi. Ma non è questa la funzione fondamentale dell'educatore sanitario. Come ogni altra branca dell'educazione, anche l'educazione sanitaria richiede la partecipazione attiva del discente.

«L'Educazione Sanitaria è un *intervento sociale*, che tende a modificare *consapevolmente e durevolmente* il comportamento nei confronti dei problemi della salute. Essa *presuppone* la conoscenza del patrimonio culturale del gruppo discendente e la focalizzazione dei suoi interessi soggettivi, e *richiede* la rimozione delle resistenze opposte dal gruppo stesso all'intervento».

Questa definizione, provvisoria, che io sottopongo alla vostra analisi critica, vuole riassumere le premesse e le esigenze di una efficace educazione sanitaria: se saremo ben consapevoli di tali premesse e di tali esigenze, la nostra opera potrà agire in profondità e andrà a costituire parte del patrimonio culturale del gruppo sul quale operiamo. Non ritorno sull'analisi delle singole parti di questa definizione, perché questa è già stata fatta nelle lezioni precedenti: richiamo soltanto la vostra attenzione sulla indispensabilità di ciascun elemento della definizione stessa e particolarmente su quel termine «focalizzazione» degli interessi soggettivi, che indica l'identificazione di quella che potremmo chiamare, con un paragone epidemiologico, la «via di penetrazione» del nostro insegnamento.

Programmazione

Ciò premesso, quando ci si accinge ad una campagna di educazione sanitaria, dovremo procedere alla scelta: del contenuto, dei mezzi idonei e dell'educatore a ciò destinato. Non

ho nulla da aggiungere ai primi due termini, particolarmente al secondo, dopo quanto vi è stato riccamente illustrato nelle lezioni precedenti nelle esercitazioni di gruppo. Piuttosto richiamo la vostra attenzione sul terzo elemento: la scelta dell'educatore.

Noi distinguiamo, in genere, due forme di educazione sanitaria: l'educazione diretta e quella indiretta. La prima si rivolge al gruppo discendente senza mediazione, o tutt'al più, con l'assistenza di quei «mediatori fiduciari» di cui già vi è stato fatto cenno, che rappresentano una specie di avallo, di garanzia, che l'educatore sanitario offre al gruppo, quando non sia sufficientemente noto e stimato da esso. L'educazione diretta si fa agli adulti ed in genere a gruppi *che* possono ricevere il nostro linguaggio e comprenderlo senza bisogno di «traduzione».

Ai bambini, particolarmente nelle scuole elementari, l'educazione sanitaria diretta non è possibile. Ad essi deve parlare il maestro, il «loro» maestro, con il suo linguaggio e inserendo l'educazione sanitaria nell'insegnamento globale, che è una conquista della pedagogia moderna, che va rispettata. E poiché non è pensabile che tutti i maestri si trasformino in educatori sanitari, essi dovranno ricevere dall'educatore sanitario la preparazione necessaria a svolgere questa parte della loro missione. Meglio se, in questo caso, l'educatore sanitario sarà anche esso un maestro, consapevole delle condizioni e delle esigenze in cui dovrà operare il suo discepolo mediatore. Naturalmente l'educatore sanitario, anche in questa sua attività, dovrà trovare il linguaggio e le tecniche più appropriate, senza sdottorare o impancarsi a insegnante dell'insegnante, ma cercando invece di collaborare col collega, fornendogli il materiale informativo necessario e assistendolo nella sua preparazione, in questo settore inevitabilmente

ostico e difficile per lui.

Nella programmazione della campagna educativa deve trovare posto anche la predisposizione di un *piano di controllo* dei risultati, poiché sarebbe impossibile eseguire tale controllo, a campagna ultimata, se non lo avessimo previsto sin dall'inizio della campagna stessa, raccogliendo anche i dati necessari al confronto delle condizioni prima e dopo il nostro intervento.

Così, ad esempio, una campagna di vaccinazione supportata da una campagna educativa nella popolazione non ci consentirebbe di giudicare l'efficacia del nostro intervento se non avessimo prima raccolto con esattezza le condizioni di partenza e non avessimo predisposto sin dall'inizio la rilevazione dei dati di arrivo.

Esecuzione

Nello svolgimento dell'educazione sanitaria il momento essenziale rimane quello della rimozione delle resistenze.

Non basta il buon senso, non basta la sensibilità improvvisata dell'educatore: è necessario, come si è detto, in principio, identificare tali resistenze, conoscerne le cause e cercare di rimuoverle con i mezzi di cui disponiamo, facendo consapevole la popolazione di questi nostri sforzi e non cercando di carpire la buona fede, sia pure a fin di bene.

Al termine dell'intervento, poi, si dovrà sempre compiere una indagine seria e sistematica di *controllo dei risultati*, sulla guida di quanto inizialmente disposto prima dell'intervento.

Problemi organizzativi

Si è accennato in vari interventi, durante il corso, al problema della iniziativa, in campo di educazione sanitaria.

In Italia si può dire che fino ad oggi non esiste quasi nulla, se si eccettuano pochissime,

lodevoli iniziative locali, in alcuni dei Comuni maggiori. In Inghilterra, dove l'educazione sanitaria ha raggiunto un livello molto elevato (certamente il più elevato nell'Europa Occidentale) esiste una rete organizzativa che copre tutto il territorio nazionale e che ha i suoi nodi negli Uffici Sanitari periferici. Chi deve prendere da noi, l'iniziativa? Lo Stato o gli Enti locali, o Enti sorti per iniziativa privata, come quelli già esistenti in alcune città tra cui lo stesso Centro di Perugia? Di solito, in Italia, queste cose nascono dal confluire di iniziative multiple diverse: è ciò che sta verificandosi attualmente anche in questo campo.

La creazione del Ministero della Sanità pone, a mio avviso, l'esigenza fondamentale di una iniziativa centrale. Gli uffici sanitari provinciali sono oggi indubbiamente i più qualificati per offrire «in nuce» un servizio di educazione sanitaria modernamente organizzato.

Con questo Corso il nostro Centro ha cominciato la preparazione del personale addestrato a tale ufficio: in un tempo ragionevole non dovrebbe essere difficile poter disporre di almeno un educatore sanitario per ogni ufficio sanitario provinciale. Tanto meglio se i Comuni maggiori vorranno fare altrettanto e seguire l'esempio di Perugia che dispone già di un educatore sanitario altamente qualificato e di alcune A.S.V. preparate in questo settore.

Il Comune di Perugia ha organizzato una rete di «Comitati frazionali di Educazione Sanitaria» che fanno capo al medico condotto e la cui attività viene coordinata dal «Comitato Comunale di Educazione Sanitaria».

La produzione del *materiale didattico* (flanelle, filmine, films, pieghevoli, volantini, cartelloni) potrebbe essere sviluppata a cura dei Centri che già provvedono a tale attività. Per i films, ad esempio, il Centro di Cinemato-

grafia Sociale di Trieste ed il Centro per la Educazione Sanitaria di Milano; per le fiamme abbiamo già preparato parecchio materiale qui a Perugia. Altrettanto potrebbe dirsi per le filmine, i pieghevoli, i cartelloni. La nostra rivista, che è l'unica del genere in Italia, costituisce la naturale palestra per lo scambio delle esperienze, per l'incontro di suggerimenti è proposte, per la informazione tecnica su quanto viene preparato e realizzato in Italia e all'estero nel nostro campo.

Queste le grandi linee dei problemi organizzativi, come si offrono a noi, in questo momento. Naturalmente, in prospettiva, molto di più si potrà fare se, al centro ed alla periferia, riusciremo a sollecitare la responsabile sensibilità degli organi preposti alla difesa della salute pubblica ed alla formazione educativa delle popolazioni.

Noi vorremmo che anche presso ciascun Provveditorato agli Studi potesse essere presente un educatore sanitario qualificato, per assistere il Provveditore in questo campo e organizzare la preparazione degli insegnanti nel settore. Vorremmo che tutto il corpo insegnante, di ogni ordine e grado, potesse essere raggiunto da una rete capillare che opera l'intero territorio nazionale: ma per questo è prima indispensabile formare gli educatori sanitari, e non è opera che si realizzi per incanto o per decreto legge.

1. Maggiori problemi della salute pubblica e l'educazione sanitaria

Per quanto attiene al contenuto, l'educazione sanitaria non può trattare che argomenti di *igiene*, e, con qualche riserva, di *medicina preventiva*. L'igiene ha per scopo la conservazione ed il potenziamento dello stato di salute; in altre parole non si preoccupa soltanto di evitare le malattie, ma svolge anche

un'azione positiva per assicurare a ciascun individuo il massimo di efficienza fisica consentita dalla sua costituzione e dai suoi precedenti morbosità. La medicina preventiva confina con l'igiene e comprende pratiche mediche, tendenti a evitare aggravamenti o complicanze o anche fatti morbosità primari (a rigore le vaccinazioni e la chemioprophilassi sarebbero pratiche di medicina preventiva). La *medicina curativa* non può costituire oggetto di educazione sanitaria: essa è essenzialmente clinica, vale a dire scienza dell'individuale, e per la potenza e specificità dei presidi terapeutici attuali non può assolutamente essere affidata al profano inesperto di cose mediche. In passato, quando la terapia era molto più generica e molto meno efficace, questo era ancora in una certa misura ammissibile. ma oggi ormoni e antibiotici, psico- e neuroplegici, glucosidi ed alcaloidi, non possono essere utilizzati senza danno e con vantaggio, se non da mano molto esperta. In altre parole, l'educazione sanitaria non deve insegnare *nè a diagnosticare, nè tanto meno a curare, le malattie*; può insegnare il modo di evitare molte di esse o comunque di diminuirne la gravità e può insegnare a riconoscere l'esistenza e la pericolosità, indicando a chi ci si debba rivolgere, al momento opportuno, per evitare il peggio.

Quali sono i problemi più gravi di salute pubblica, sui quali richiamare l'attenzione della educazione sanitaria?

Se il nostro scopo principale è quello di evitare le malattie, la risposta a questa domanda dovrebbe trovarsi in un quadro statistico della «morbosità», vale a dire della frequenza con cui le diverse malattie incidono oggi sulla salute umana. Tuttavia difficoltà pratiche di rilevazione, che qui sarebbe troppo lungo esporre, rendono scarsamente attendibili i dati della morbosità; perciò, volendo

avere un quadro della distribuzione delle malattie stesse il più possibile fedele, dobbiamo rivolgerci a un dato più ristretto, ma più significativo, quello della «mortalità» (vale a dire al numero dei morti per ciascuna causa di malattia riferito a una determinata popolazione).

Uno sguardo alla tabella qui riportata ci offre appunto l'andamento della distribuzione della mortalità per cause nella popolazione italiana complessiva nell'ultimo cinquantennio.

Andamento della mortalità dal 1901 al 1955 cifre relative a 100.000 abitanti

	1901		1926
App. Resp.	448,5	App. Resp.	327,1
App. Dig.	383,4	Mal. Inf.	281,6
Mal. Inf.	367,9	App. Dig.	271,6
Sist. Nerv.	215,6	App. Circo	194,9
App. Circo	198,3	Sist. Nerv.	186,0
Tumori	59,2	Tumori	58,4
Generale	2.197,9	Generale	1.724,0

	1950	1952	1955
App. Circo	202,5	245,5	249,5
Sist. Nerv.	149,1	145,0	141,1
Tumori	113,6	125,7	132,0
App. Resp.	106,8	96,0	79,1
App. Dig.	89,8	77,6	59,4
Mal Inf.	69,3	46,1	35,9
Generale	976,4	1.002,1	912,0

Come si può rilevare, la mortalità generale per tutte le cause è sensibilmente diminuita nel periodo considerato; il che significa che la durata media della vita è aumentata in proporzione, aumentando sempre più il numero degli individui che riescono a raggiungere l'età avanzata. Questa diminuzione della mortalità è particolarmente sensibile

nella seconda metà del cinquantennio e si deve indubbiamente in misura prevalente alla scoperta di strumenti assai efficaci nella lotta contro le malattie infettive e parassitarie (sulfamidici, antibiotici, D.D.T. e composti analoghi).

Questo ultimo fatto ha provocato anche uno spostamento sensibile nella graduatoria delle cause di morte, facendo scendere di vari punti le *malattie infettive* e altre, pur non classificate come tali, ma prevalentemente di natura infettiva, come le malattie dell'apparato respiratorio. Naturalmente ciò ha portato in prima linea altre classi di malattie, come le malattie dell'apparato circolatorio e quelle del sistema nervoso (dove le cause di morte sono spesso di natura circolatoria), e i tumori maligni. Un esame più attento, però, dimostra che la mortalità per malattie dell'apparato circolatorio e per tumori maligni è anche aumentata in senso assoluto; e l'analisi statistica, eseguita in molti paesi e anche da noi, chiarisce che tale aumento non è dovuto soltanto alla diminuzione delle altre cause (chi non muore di malattia infettiva ha maggior probabilità di morire poi per queste cause, più proprie dell'età adulta e senile): l'aumento è reale ed assoluto, il che significa che queste malattie sono *effettivamente aumentate* in proprio.

Ciò non significa che la lotta contro le malattie infettive possa considerarsi superata. Le misure di «Polizia Sanitaria» hanno allontanato da noi il flagello delle grandi epidemie di peste, di colera, di tifo esantematico; la vaccinazione antivaiolesca ha fatto scomparire il vaiuolo; il D.D.T. e i suoi succedanei hanno ridotto a entità trascurabile il gravissimo flagello della malaria. Ma ci sono ancora le infezioni da virus (influenza epidemica, poliomielite, meningite virale), contro le quali è del tutto inerme la terapia antibioti-

ca. Ed anche infezioni che potrebbero essere praticamente eliminate (come è avvenuto in altri paesi) quali la difterite e la tifoide, fanno ancora molte vittime tra noi per la troppo scarsa diffusione delle vaccinazioni preventive e per la trascuratezza dell'igiene individuale in ampi settori delle nostre popolazioni. Senza dire della tubercolosi, che costituisce ancora un grave problema sociale e che potrebbe essere molto più efficacemente combattuta, se meglio fossero conosciuti i modi per difenderci da essa.

Nel settore delle malattie infettive la possibilità di ulteriori progressi è in gran parte affidata all'educazione sanitaria: le pratiche di vaccinazione, le indagini di massa (schermografia, prove tubercoliniche), le misure di protezione individuale, non miglioreranno e non si generalizzeranno se non attraverso alla partecipazione attiva e cosciente delle popolazioni interessate.

Altrettanto può dirsi per le *malattie dell'apparato circolatorio* la cui diffusione non è, come vogliono alcuni, un appannaggio inevitabile della civiltà e del progresso, bensì la conseguenza di gravi errori nella alimentazione e nel costume di vita, errori evitabili in larga misura, senza rinunciare alle conquiste del nostro tempo. Il discorso sull'alimentazione ci porterebbe molto lontano: basti accennare all'abuso di grassi, all'indiscriminato impiego di sostanze spesso nocive nella preparazione industriale di molti alimenti, all'uso di antiparassitari estremamente tossici nell'agricoltura, e la esemplificazione potrebbe continuare. Qui voglio richiamare la vostra attenzione su un solo fattore, che può considerarsi il nemico

pubblico numero uno della salute umana in questi ultimi anni: il *fumo*, e particolarmente il fumo di sigaretta.

Indagini statistiche eseguite su vastissima scala hanno dimostrato una stretta correlazione fra il consumo individuale di sigarette e l'aumento della mortalità generale, con particolare riguardo alle *malattie del sistema coronario* (angina pectoris, infarti del miocardio, trombosi coronarica); non solo, ma il fumo di sigaretta rappresenta indubbiamente la causa principale dell'enorme aumento della mortalità per *tumori dell'apparato respiratorio*, che in questi ultimi anni ha raggiunto cifre impressionanti anche da noi. Questo per accennare soltanto ai problemi maggiori, ma l'educazione sanitaria può svolgere un'azione molto feconda anche in altri settori della lotta contro le malattie e la morte; basti citare il gruppo delle *malattie reumatiche* (causa a sua volta del maggior numero di vizi di cuore), le *malattie infettive dell'età scolare* (scarlattina, morbillo, varicella), gli *infortuni stradali* (educazione stradale) e *domestici*, le *malattie professionali* e gli *infortuni sul lavoro*.

Come si può constatare, c'è lavoro per tutti: medici, A.S.V., insegnanti; soprattutto per questi ultimi, che non fanno parte delle strutture sanitarie ufficiali, ma che indubbiamente possono svolgere un ruolo di primissimo piano nella difesa della salute.

È soprattutto ad essi che è rivolto questo nostro sforzo; è soprattutto dalla loro sensibilità, dalla loro dedizione e dal loro entusiasmo, che noi ci attendiamo la forza per imprimere un nuovo impulso alla nostra fatica.