



Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Mantova

*Centro Servizi e Documentazione in Educazione
Sanitaria*

appunti di EDUCAZIONE SANITARIA

per allievi del Corso di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche

a cura di Maria Cristina Baratta e Lorenzo Tartarotti

Mantova, 1999

Indice

1. Evoluzione del concetto di salute	3
2. Il concetto di «prevenzione»	5
3. Cos'è l'educazione sanitaria	7
4. Salute e comportamento umano	9
5. Alcune grandi tipologie di approccio nell'educazione sanitaria	11
6. Come programmare un intervento di educazione sanitaria	13
6.1. L'identificazione dei bisogni	15
6.2. L'identificazione dei destinatari	15
6.3. La definizione delle finalità educative	16
6.4. La formulazione degli obiettivi	19
6.5. La selezione dei metodi e dei sussidi	21
6.6. la valutazione dei risultati	27
7. Alcuni principi per un insegnamento efficace	31
7.1. Indicazioni per svolgere una lezione	31
7.2. Tecniche per un'azione educativa ad un paziente	32
7.3. Strategie per aumentare la consapevolezza, chiarire i valori, cambiare gli atteggiamenti	33
7.4. Come favorire l'assunzione di decisioni	35
7.5. Come stimolare una modificazione nei comportamenti	35
7.6. Come lavorare con la popolazione: le campagne di educazione alla salute	37
8. Organismi e operatori che intervengono nella promozione della salute	38
<i>Cosa leggere per saperne di più</i>	<i>43</i>

1. Evoluzione del concetto di «salute»

Le concezioni riguardanti che cosa debba intendersi con il termine “salute” sono andate modificandosi nel tempo. La prima trasformazione è avvenuta negli anni '70, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha suggerito l'opportunità di abbandonare la tradizionale definizione negativa della salute come «assenza di malattia» per abbracciare una definizione in positivo che concepisce la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» (OMS, 1975).

Per alcuni versi, questa definizione appare irrealistica, utopistica, forse un po' troppo simile al concetto di «felicità» (quando mai qualcuno si sente in questo stato di «completo benessere»?). Si tratta tuttavia di un'evoluzione particolarmente importante, poiché introduce un salto di prospettiva dalla semplice *sanità dell'organismo* alla *salute della persona*.

Le definizioni successive hanno ulteriormente allargato la prospettiva dal singolo individuo alla sua relazione con il contesto ambientale in cui vive, definendo la salute come una «condizione di armonico *equilibrio funzionale*, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale».

Una definizione più ampia, quindi, che supera l'artificiosa staticità del termine «benessere» per sostituirlo con quello più dinamico di «equilibrio funzionale». Essa rinvia ad una più generale visione dei bisogni umani di efficienza fisica, di equilibrio psichico, di integrazione sociale, ecc...., nella cui definizione questa volta intervengono in maniera massiccia variabili non solo di ordine biologico, ma anche, e soprattutto, di ordine culturale e sociale.

Il comportamento individuale, infatti, va contestualizzato all'interno degli *stili di vita* intesi in senso lato, cioè rapportato alle influenze socio-ambientali, agli specifici valori culturali del gruppo di appartenenza ed alle scelte politiche e sociali che li condizionano. Se oggi gli stili di vita più diffusi nelle società industrializzate si rivelano una minaccia per la salute, ciò non va attribuito semplicisticamente alla disinformazione o all'irresponsabilità individuali di persone che, in numero sempre crescente, decidono deliberatamente di mettere a repentaglio la propria salute. Si tratta, infatti, di comportamenti e modi di vita legati soprattutto ad influenze culturali profonde e per molti aspetti implicitamente imposti alla collettività. Per cui la libertà individuale di arbitrio in questo campo finisce più spesso per rivelarsi solo apparente: rischiare la propria salute può divenire addirittura l'unico modo per continuare a “funzionare”, la strada obbligata per far fronte alle richieste del sistema economico-sociale e per garantirsi un certo livello di integrazione all'interno di esso.

sanità dell'organismo:

salute come “assenza di malattia”

salute della persona:

salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”

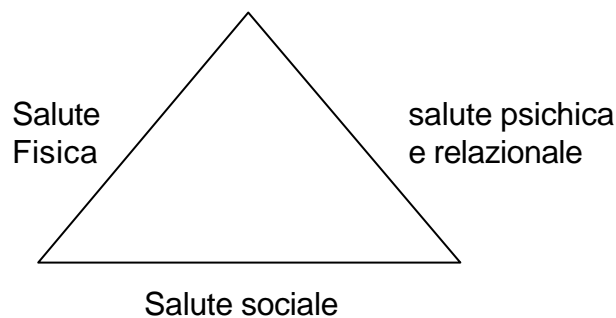
salute del rapporto persona-ambiente:

salute come “condizione di armonico *equilibrio funzionale*, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”.

E' sufficiente cominciare ad interrogarci su cosa significa «star bene» per ciascuno di noi, per giungere rapidamente ad identificare numerose dimensioni del concetto di salute, che possono essere così classificate:

- dimensione *fisica* (come sta il mio corpo)
- dimensione *psichica e relazionale* (come sto con me stesso e con gli altri)
- dimensione *sociale* (come mi tocca vivere)

E' evidente che il livello complessivo di salute dell'individuo non discende tanto dalla semplice somma di queste dimensioni, quanto piuttosto dal loro equilibrio. A questo scopo potremmo immaginare esemplificativamente la salute come un triangolo, i cui lati rappresentano simbolicamente le tre dimensioni già citate (fisica, psichica, sociale):



Star bene, dunque, non è qualcosa di assoluto, ma può significare condizioni differenti per differenti persone.

Anche gli standard personali relativi a ciò che può essere considerato uno *stato di buona salute* possono variare. Un anziano, ad esempio, può dire di stare bene quando, nonostante l'artrite e la bronchite cronica, riesce ad uscire per fare la spesa. Ognuno valuta la propria salute soggettivamente, in base alle proprie norme ed esperienze: questi sono alcuni dei motivi per cui misurare la salute (diversamente dal misurare la malattia) è estremamente complesso.

Esempio – studio di un caso

Roberto è affetto da una bronchite cronica e fuma 20 sigarette al giorno. Sa che il fumo lo fa tossire e aggrava la bronchite di cui è affetto, ma continua a fumare perché è il solo modo che ha per far fronte allo stress del lavoro.

Quando cerca di smettere di fumare si sente così teso e irritabile che anche il lavoro ne risente e diventa molto aggressivo in famiglia.

Il suo equilibrio emotivo e relazionale dipende anche dal fumo; mantenere questo equilibrio, anche a costo di fumare, è più importante delle ripercussioni future che il fumo potrebbe avere sulla sua salute fisica.

2. Il concetto di «prevenzione»

Prevenire significa arrivare prima per bloccare o modificare il percorso che conduce ad un evento negativo (es.: una malattia) che si vuole scongiurare.

Parlando di prevenzione, ancor oggi viene utilizzata una suddivisione nata originariamente in riferimento alla prevenzione delle malattie infettive, ma che può essere estesa anche a gran parte delle altre forme morbose. A seconda di dove si colloca l'evento preventivo lungo il percorso che conduce alla malattia si parlerà di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.



PREVENZIONE PRIMARIA

La **prevenzione primaria** è rivolta ad agire sulle cause originarie responsabili di un danno alla salute oppure sulle difese interne dell'individuo, prima che l'interazione tra questi due ordini di fattori abbia la possibilità di innescare un processo morboso. Tale azione può essere esercitata sia attraverso un intervento diretto ad abbattere all'origine le cause stesse, sia attraverso misure profilattiche in grado di rafforzare le resistenze dell'individuo fino a determinarne l'immunità (si pensi, ad esempio, alle vaccinazioni) ancora prima che si instauri un danno.



PREVENZIONE SECONDARIA

La **prevenzione secondaria** è rivolta a ricercare nella popolazione (o in settori di essa particolarmente esposti a situazioni a rischio) quegli individui in cui è già in atto un processo morboso che da essi non è stato ancora riconosciuto (cioè in fase pre-sintomatica o pre-clinica). Obiettivo della prevenzione secondaria è dunque quello di scoprire la malattia ancora priva di sintomi al fine di arrestare tempestivamente – e quindi con possibilità maggiori di successo – l'evoluzione del processo morboso. Rientra in questo livello preventivo un'ampia gamma di interventi di diagnosi pre-sintomatica (*screening*, diagnosi precoci).






PREVENZIONE TERZIARIA

La **prevenzione terziaria** comprende quell'insieme di interventi messi in atto a fronte di una patologia manifesta. Obiettivo della prevenzione terziaria è appunto quello di arrestare la progressiva evoluzione della malattia attraverso appositi interventi terapeutici e riabilitativi. Ciò non solo al fine di ottenere il massimo recupero possibile delle condizioni di salute dell'individuo, ma anche per impedire ulteriori danni e complicanze (sintomi secondari) che potrebbero risultare questa volta irreversibilmente lesivi della salute dell'individuo o, più estensivamente, della sua qualità di vita.

La tabella 1, riportata alla pagina seguente, illustra i diversi livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria). Come si può notare dalla tabella, alcune delle azioni preventive esemplificate (evidenziate in carattere corsivo) hanno a che fare con i comportamenti dell'individuo e fanno riferimento ad azioni educative intraprese nei suoi confronti. Tutto ciò che è educazione sanitaria, infatti, è anche prevenzione. Non è vero, invece, il contrario: molte delle azioni che si intraprendono con lo scopo di fare prevenzione non hanno nulla a che vedere con l'educazione.

E' l'educazione sanitaria, dunque, ad essere una parte della prevenzione. Alcuni autori suggeriscono di differenziare l'educazione sanitaria di primo livello (quella condotta nell'ambito della prevenzione primaria) da quella di secondo e terzo livello (inserite, cioè, nella prevenzione secondaria e terziaria).

Tabella 1 - I livelli di prevenzione

livelli di prevenzione	Esempio 1 Possibili azioni preventive nei confronti della TUBERCOLOSI	Esempio 2 Possibili azioni preventive nei confronti della ASBESTOSI	Esempio 3 Possibili azioni preventive nei confronti della CARIE
<p>prevenzione primaria</p>  <p>Mira ad intervenire sugli agenti patogeni esterni e/o sulle difese dell'individuo, evitando che il processo morboso che conduce alla malattia possa prendere avvio.</p>	<p>Sottoporre a vaccinazione antitubercolare alcune categorie di persone più esposte al rischio (es. operatori sanitari)</p> <p>Far rispettare il Regolamento di Igiene per quanto riguarda il rapporto aria/illuminazione nelle abitazioni</p> <p>Rendere obbligatoria la pastorizzazione del latte destinato all'alimentazione</p> <p><i>Rendere consapevole la popolazione della utilità di arieggiare quotidianamente gli ambienti domestici e di lavoro.</i></p>	<p>Sostituire l'amianto con altri materiali non nocivi nella produzione di manufatti</p> <p>Installare dispositivi di protezione per impedire l'inquinamento ambientale</p> <p>Controllare periodicamente l'efficienza dei mezzi di protezione</p> <p><i>Istruire i lavoratori sui rischi e i danni da amianto e sull'uso delle protezioni individuali</i></p> <p><i>Persuadere a smettere di fumare gli eventuali fumatori presenti tra coloro che sono esposti ad amianto.</i></p>	<p><i>Sensibilizzare i genitori sull'opportunità di adottare una alimentazione non cariogena e sulla necessità di eseguire una corretta igiene orale</i></p> <p>Introduzione di una dieta non cariogena nelle refezioni scolastiche</p> <p>Prescrivere l'assunzione di fluoro alla popolazione infantile</p>
<p>prevenzione secondaria</p>  <p>Mira ad individuare precocemente il processo morboso già iniziato prima che siano comparsi i sintomi</p>	<p>Sottoporre alcune categorie di persone al Tine Test (es. alunni delle classi 1° e 4° elementare e 3° media)</p> <p><i>Comunicare al paziente l'eventuale risultato positivo, consigliando in questo caso ai familiari di sottoporsi ad ulteriori accertamenti</i></p>	<p>Sottoporre a controlli medici periodici tutti coloro che sono esposti ad amianto.</p>	<p>Sottoporre tutti gli alunni a screening ortodontico</p> <p><i>Sensibilizzare i genitori sull'utilità di sottoporsi periodicamente a visita dal proprio dentista</i></p>
<p>prevenzione terziaria</p>  <p>Mira a limitare o riparare gli esiti di una malattia che si è già manifestata attraverso sintomi</p>	<p>Ricoverare il soggetto ammalato per gli interventi di cura e riabilitazione</p> <p><i>Persuadere il paziente a non sputare per terra e ad adottare particolari cautele quando tossisce, starnutisce o si soffia il naso.</i></p> <p><i>Se il paziente è un accanito fumatore, persuaderlo a smettere di fumare</i></p>	<p>Allontanare dalla fonte di esposizione l'individuo i cui polmoni sono già danneggiati</p> <p>Curare i sintomi</p> <p><i>Persuadere il paziente a smettere di fumare</i></p>	<p>Curare le carie</p>

3. Cos'è l'educazione sanitaria

Per capire più precisamente cosa si debba intendere quando parliamo di educazione sanitaria e come si possa fare per distinguerla da altre azioni preventive non-educative, dobbiamo necessariamente partire dal concetto stesso di "educazione".

Facciamo *educazione* ogniqualvolta produciamo un cambiamento nelle conoscenze, negli atteggiamenti, nelle abilità, nei comportamenti, nelle abitudini, nei valori ecc.... di un altro individuo esponendolo a stimoli educativi, cioè comunicando con lui.

Un cambiamento prodotto nel comportamento di una persona in virtù, ad esempio, di effetti farmacologici è sicuramente un cambiamento comportamentale, ma non ha nulla a che vedere con l'educazione.

Più specificatamente, si parla di *educazione sanitaria* quando il cambiamento in gioco riguarda quelle conoscenze, atteggiamenti, abitudini, valori... che contribuiscono ad esporre a (o a proteggere da) un danno alla salute.

A seconda di ciò che si intende cambiare attraverso l'educazione sanitaria, si parlerà di finalità ed obiettivi diversi dell'educazione sanitaria, ed in particolare di:

- a) *obiettivi cognitivi* (area del *sapere*), quando lo scopo è, ad esempio, quello di migliorare il patrimonio di conoscenze e di informazioni posseduto dall'individuo (es.: aumentare le sue conoscenze circa i possibili danni legati all'abuso di alcool);
- b) *obiettivi affettivi* (area del *saper essere*), quando ciò che si intende mutare sono gli atteggiamenti o i valori di un individuo, i significati emotivi che egli attribuisce a certe abitudini o alcune sue capacità relazionali (es.: aumentare la capacità di rifiutare l'offerta di alcool da parte degli amici, senza che questo determini la paura di sentirsi rifiutato o non apprezzato da loro);
- c) *obiettivi di comportamento* (area del *saper fare*) quando il mutamento che si intende produrre nell'individuo riguarda le sue abilità, il suo comportamento, le sue abitudini (es.: ridurre il consumo giornaliero di bevande alcoliche).

Ciò non significa, ovviamente, che questo genere di conoscenze, atteggiamenti, abitudini e valori nascano (o mutino) solamente in virtù del fatto che si è stati oggetto di iniziative di educazione sanitaria o comunque in virtù dell'essere stati esposti ad interventi educativi realizzati espressamente in nome della salute. Questa è, anzi, l'eventualità meno frequente.

Per capire meglio, quindi, dobbiamo iniziare anzitutto col chiederci da dove nascono i comportamenti che hanno una qualche attinenza con la salute.

Se proviamo a fare un inventario di tutti quegli ambiti di vita quotidiana dove le nostre scelte e il nostro comportamento hanno a che fare con la nostra salute (nel senso che possono promuoverla o, viceversa, esporla a rischi), scopriamo ben presto che risultano interessati pressoché tutti gli ambiti e momenti della nostra vita. Tanto per fare un esempio, il nostro comportamento ha anche potenziali ripercussioni sulla nostra salute quando: mangiamo, ci occupiamo della nostra igiene e pulizia personale, ci muoviamo nel traffico, lavoriamo, ci occupiamo dell'igiene e pulizia della nostra casa, facciamo la spesa, decidiamo come occupare il nostro tempo libero, facciamo l'amore, stiamo con gli amici, ecc...

Ogni ambito del nostro comportamento, dunque, in qualsiasi momento del giorno e della notte, ha delle implicazioni sulla nostra salute che possono essere positive o negative.

Ma da dove nascono questi nostri atteggiamenti, valori e comportamenti? Dove e come abbiamo imparato a fare quelle scelte che hanno qualche ricaduta sulla salute e che ci troviamo a dover fare in ogni momento?

Per tutti noi si tratta di cose apprese (più o meno consapevolmente) in momenti assai diversi della nostra vita ed in luoghi e contesti differenti: in famiglia, a scuola, con gli amici, sul lavoro, attraverso i mezzi di comunicazione di massa, ecc...

Come abbiamo già osservato, ciò non va inteso nel senso che in tutti questi diversi contesti noi siamo stati oggetto di vere e proprie iniziative di educazione sanitaria, o che comunque siamo stati esposti ad interventi educativi realizzati espressamente in nome della salute. In altre parole: ognuno di noi ha ricevuto (e continua a ricevere) una propria educazione alla salute non solo e non tanto per l'aver forse partecipato a qualche attività di educazione sanitaria, ma anche, e soprattutto, in virtù dell'interazione quotidiana con altri. Tutto ciò ci consente di porre in evidenza il fatto che esistono due livelli o modalità di educazione alla salute:

1. Una educazione alla salute *formale* (o esplicita), quella cioè che si realizza ogni volta che qualcuno, in maniera esplicita e soprattutto intenzionale, cerca di insegnare a qualcun altro cosa sapere o come comportarsi per tutelare la propria salute. L'insegnante o l'operatore sanitario che illustrano ad una classe scolastica l'importanza del consumo di frutta per una sana alimentazione stanno intervenendo, appunto, in termini di educazione formale. Così come educazione formale è anche quella realizzata dal genitore che raccomanda al figlio l'uso del casco in ciclomotore.
2. L'educazione alla salute *informale* (o implicita) è invece quella che passa in modo non intenzionale (e viene assorbita in modo spesso inconsapevole) attraverso le relazioni quotidiane, i discorsi di tutti i giorni, l'osservazione del comportamento altrui, l'identificazione con persone-modello, ecc... Il contatto quotidiano con un genitore che non usa le cinture di sicurezza, con una scuola dove è funzionante un bar che vende solo merendine, con un gruppo di amici che si prende gioco di chi fa uso del casco, ecc... sono tutti esempi di educazione informale.

Tabella 2 - Livello formale e informale di educazione alla salute

<i>Contesti educativi</i>	Educazione Formale (esplicita - intenzionale)	Educazione informale (implicita - inintenzionale)
Famiglia	La mamma mi insegna quando e come lavarsi i denti (o le mani) e me ne spiega il motivo fondandolo su ragioni igieniche	Mia madre a pranzo e a cena mette in tavola molto più cibo di quanto ne servirebbe, ed insiste perché tutti noi mangiamo anche più del necessario (le hanno trasmesso l'idea che i bambini sono belli e sani quando sono "in carne", e in fondo ritiene che mangiare tutto ciò che ci dà deve essere il nostro segnale di riconoscenza per il suo affetto e la sua dedizione per noi)
Scuola	L'insegnante di scienze tiene una lezione sull'apparato digestivo e sull'importanza di una corretta e prolungata masticazione dei cibi	La maestra ci carica ogni giorno di grandi quantità di compiti che richiedono l'intero pomeriggio per essere eseguiti (è convinta che fin da piccoli bisogna imparare a impegnarsi con sacrificio ed a anteporre il dovere al piacere). Senza accorgermene, lentamente imparo che per essere "bravo" ed apprezzato non devo prestare ascolto ai miei bisogni e devo lavorare sodo.
Gruppo		L'approvazione e l'ammirazione della mia compagnia di amici è molto importante per me. Oggi penso di sbalordirli mostrando loro che sono capace di attraversare in auto un incrocio a 100 all'ora.

4. Salute e comportamento umano

L'aspirazione principale di ogni intervento di educazione alla salute è quello di rendere i destinatari capaci di compiere scelte e di adottare comportamenti che contribuiscano a migliorare la propria salute, o perlomeno a tutelarla.

Affinché questo genere di interventi possa avere qualche successo, diviene allora importante sviluppare qualche considerazione che ci aiuti a capire qualcosa di più riguardo a come funzionano i comportamenti e le decisioni che riguardano la salute.

Il comportamento umano, ed in special modo quello attinente la salute, è complesso e non sempre facilmente comprensibile.

E' opinione comune che basti fornire conoscenze riguardo a ciò che fa bene o fa male alla salute per far sì che le persone finiscano col convincersi autonomamente e liberamente ad optare per quelle soluzioni che risultano più salutari. Alla base di questa convinzione vi è un'idea implicita piuttosto rudimentale del funzionamento del comportamento umano, un'idea abbastanza vicina al cosiddetto «modello della macchina banale».

Esso assume come presupposto che ciascuno di noi, alla stregua di un piccolo computer, analizzi le informazioni che gli pervengono traducendole in comportamenti coerenti ogni volta che esse appaiono *logicamente* vantaggiose.

IL MODELLO DELLA «MACCHINA BANALE»



Dopo qualche tentativo deludente, in genere finiamo con lo scoprire che le cose non stanno proprio così. Magari finiamo anche con l'arrabbiarci per l'irriconoscenza e la sconsideratezza dei nostri interlocutori che, seppur da noi premurosamente informati sulle cose più vantaggiose per la bro salute, perseverano tuttavia nel continuare a mettere a repentaglio la propria salute.

Dire che un maggiore patrimonio di conoscenze da solo dovrebbe di per sé produrre una modificazione del comportamento significa pensare implicitamente che la gente adotti comportamenti vantaggiosi per la salute soprattutto perché sa che fanno bene e, viceversa, si astenga da altri comportamenti soprattutto perché è stata portata a conoscenza del fatto che essi possono essere dannosi. In realtà, è evidente che la semplice conoscenza non è condizione necessaria né sufficiente per una modificazione del comportamento. Fra informazione e comportamenti c'è un rapporto assai poco lineare. In mezzo c'è qualcosa di complicato e poco definibile, qualcosa di estremamente soggettivo ed individuale, che sceglie fra le informazioni, ne modifica un po' il significato, le adatta, le corregge, talora le archivia (pur senza dimenticarle) decidendo di dare priorità ad altre cose che ritiene più importanti, altre volte invece le amplifica reagendo in modo esagerato rispetto al reale significato dell'informazione ricevuta, ecc...

Basti pensare, ad esempio, al fatto che gli effetti dannosi del fumo sono quasi universalmente conosciuti, ma ciò nonostante il 30% della popolazione continua a fumare. Viceversa, in quegli Stati dove ciò è richiesto dalla legge, molta parte dei conducenti d'auto usa regolarmente le cinture di sicurezza, sebbene i benefici esatti non siano così generalmente noti. Addirittura in qualche caso l'informazione riguardante un pericolo remoto ed statisticamente improbabile ha prodotto situazioni di allarme di massa, con cambiamenti repentini e massicci dei comportamenti di consumo dell'intera popolazione (si pensi, ad esempio, alle ripercussioni sul mercato alimentare suscitate dalle notizie sul caso della cosiddetta "mucca pazza").

La conoscenza, dunque, non sempre conduce ad un comportamento logico. Perché?

Nel determinare la scelta di un certo comportamento (o la decisione di abbandonarlo) le conoscenze teoriche a disposizione in realtà sono solamente uno degli elementi in gioco, e in gran parte dei casi non si tratta neppure di un elemento tra i più importanti. Assai più contano i nostri bisogni ed esigenze personali, i significati personali che attribuiamo alle cose che facciamo (o che evitiamo di fare), il nostro sistema di valori e quello delle persone che ci circondano, la nostra rete di relazioni interpersonali, le aspettative che abbiamo riguardo a noi stessi e quelle che sentiamo che gli altri hanno nei nostri confronti, ecc...

In altre parole: perché si prenda in considerazione una informazione o un consiglio diverso da quello che tenderemmo a fare, devono verificarsi determinate condizioni che hanno poco a che vedere con il contenuto dell'informazione o del consiglio offertici.

Anzi, in molti casi le reali motivazioni che ci spingono ad adottare un comportamento salutare possono essere del tutto slegate da qualsiasi preoccupazione per la nostra salute. E' risaputo, ad esempio, che oltre il 60% di coloro che intraprendono un programma di esercizi fisici lo fa principalmente per ragioni estetiche: per perdere peso, per apparire più belli, per essere più in forma. Il possedere un corpo snello, ad esempio, è un valore che nella società contemporanea è apprezzato da molta gente, e questo può orientare qualcuno ad impegnarsi positivamente nel fare attività fisica in palestra o nel tenere sotto controllo il proprio peso attraverso un programma dietetico. E quelli che in seguito continuano a tenersi in esercizio (fra tutti coloro che iniziano, solo un terzo circa continua per più di tre mesi) lo fanno per ragioni che sono più psicologiche che fisiche, cioè in virtù del fatto che essi avvertono questo genere di attività contribuisce a farli sentir bene mentalmente.

Se la maggior parte di noi si lava i capelli regolarmente e si lava i denti dopo i pasti principali, lo fa innanzi tutto perché una persona con i capelli untati o i denti sporchi rischia di non essere bene accettata nelle relazioni interpersonali e perché sin da piccoli ci siamo stati abituati ad avvertire la disapprovazione dei nostri genitori (trasformatasi in seguito in ripugnanza per noi stessi) quando non ci laviamo. Per molti di noi, il fatto che in questo modo ostacoliamo il formarsi della placca batterica e preveniamo la pediculosi è probabilmente un'idea presente, ma non particolarmente decisiva.

Lo stesso ragionamento vale per le nostre reazioni di fronte ad informazioni che ci mettono in guardia contro possibili rischi. A prima vista può sembrare ragionevole ipotizzare che, posta di fronte ad un rischio per la salute, la gente tenderà consapevolmente ad evitare quel rischio. Sfortunatamente, il processo non è così semplice.

Il rischio è un concetto che pervade la vita ogni giorno. Qualche dose di rischio è inevitabilmente presente in ogni comportamento. Alcuni rischi sono addirittura considerati rischi *accettabili*, e la nostra «percezione individuale del rischio» spesso ha poco a che fare con la probabilità effettiva (quella statistica, scientificamente misurata) di subire un danno alla salute. Molte persone, ad esempio, hanno paura di viaggiare in aereo, lo ritengono molto pericoloso. Ma il rischio di rimanere vittima di un incidente aereo è infinitamente minore del rischio di perdere la vita in un incidente stradale, un rischio quest'ultimo che la maggior parte della gente è disposta invece ad accettare tranquillamente come componente normale della vita quotidiana.

Non solo alcuni rischi sono inevitabili, ma addirittura per alcuni individui l'assumere comportamenti a rischio è fonte di soddisfazione intrinseca per il significato di sfida che il rischio assume per loro. Lo sfidare la propria paura è per molti un'esperienza particolarmente eccitante: a tal punto che molte delle attrazioni di maggiore successo proposte nei parchi di divertimento altro non sono che occasioni di sfida alla paura. Per molti, dunque, una vita senza rischi è un po' come una minestra senza sale: sicuramente commestibile, ma senza sapore.

Insomma: se non si parte dal principio che coloro che fumano, bevono, mangiano dolci o pietanze ricche di salse e condimenti, fanno l'amore... lo fanno anzitutto perché è bello e piacevole, ogni messaggio educativo ha poca speranza di essere accettato (e tanto meno compreso).

5. Alcune grandi tipologie di approccio nell'educazione sanitaria

Parlando del concetto di educazione, abbiamo già avuto modo di osservare come si possa parlare di *educazione sanitaria* ogniqualvolta interveniamo intenzionalmente con lo scopo di produrre un cambiamento in quelle conoscenze, atteggiamenti, abilità, comportamenti, abitudini, valori, ecc... che riguardano la salute della gente.

Nella (breve) storia dell'educazione sanitaria queste modificazioni si è cercato di produrle in modi anche assai diversi tra loro. Alcuni autori, ad esempio, propongono di classificare e raggruppare i diversi modi di realizzare l'educazione sanitaria utilizzando come criterio di classificazione il livello di protagonismo e coinvolgimento dei destinatari, e giungendo perciò a distinguere alcune grandi categorie di approcci:

L'approccio direttivo (o prescrittivo-esortativo)

E' questo forse il modello di educazione sanitaria storicamente più noto e diffuso, oltre che il più rudimentale. Ridotto ai suoi elementi essenziali, questo approccio si fonda sull'idea che l'educazione sanitaria debba essere intesa come una relazione asimmetrica tra chi (l'operatore sanitario) sa che cosa la gente dovrebbe fare per tutelare la propria salute e chi invece (il cittadino) ha bisogno di essere persuaso a fare certe cose ritenute utili e ad evitarne altre ritenute dannose.

Tra i limiti principali dell'approccio direttivo, va segnalato il fatto che esso:

- Dà per scontato che nessuno meglio degli esperti di problemi sanitari possa sapere ciò che è davvero vantaggioso (o dannoso) per la salute ed il benessere di ciascuno di noi.
- Cerca di imporre la gerarchia di valori propria della medicina (l'evitamento delle malattie ad ogni costo come primo scopo e bisogno), sovrapponendola alla gerarchia di valori dell'utente, alle sue priorità ed ai suoi bisogni reali (il bisogno di integrazione sociale, di affetto, di apprezzamento e accettazione da parte degli altri... in realtà possono essere per l'utente molto più importanti). Ad esempio: un medico può rendersi conto che il paziente dovrebbe dimagrire e ridurre la pressione arteriosa; ma bere qualche birra al bar in compagnia degli amici può essere, per quel paziente in sovrappeso, di gran lunga più importante e vitale del ridurre la pressione arteriosa.
- Spesso fa sì che l'utente finisca anche col sentirsi colpevole se non accetta di seguire le regole ed i consigli che gli sono stati dati "per il suo bene" e "nel suo interesse", o addirittura di sentirsi in qualche modo spinto a ribellarsi ad esse per sancire la propria autonomia.

L'approccio "educativo"

A differenza di quanto accade nell'approccio direttivo (dove l'utente in fondo è visto come incapace

di decidere vantaggiosamente per sé), l'approccio cosiddetto "educativo" non punta ad esortare l'utente a comportarsi in un modo anziché in un altro. Questo approccio mira piuttosto a fornire conoscenze e assicurare la comprensione dei problemi di salute (comunque scelti dall'educatore), in modo tale da aiutare l'utente ad analizzare autonomamente i propri comportamenti e le proprie abitudini ed a prendere decisioni consapevoli circa ciò che è importante per la propria salute.

L'approccio centrato sul destinatario

Caratteristica peculiare di questo approccio è quella di operare sul destinatario dell'intervento educativo partendo anzitutto dai suoi bisogni di informazione e di conoscenza, allo scopo di favorire scelte consapevoli ed autonome prese dal destinatario sulla base dei propri interessi e valori. Si tratta dunque di un approccio per molti versi assai simile all'approccio educativo" trattato in precedenza, con un'unica fondamentale differenza: i bisogni e le tematiche affrontate sono scelti dall'utente e non dall'educatore.

L'approccio volto al cambiamento sociale

L'approccio volto al cambiamento sociale si propone di modificare l'ambiente in modo da permettere o rendere più agevoli le scelte per una vita più sana, intervenendo a livello politico e sociale.

Questo tipo di approccio, dunque, raccoglie al proprio interno interventi ed iniziative che più spesso non sono rivolte direttamente a singoli destinatari e che frequentemente non consistono in azioni "educative" (pur trattandosi di azioni volte alla "promozione" della salute).

Più che un vero e proprio modello di educazione sanitaria, l'approccio volto al cambiamento sociale è da ritenersi un'azione parallela e facilitante rispetto all'azione educativa vera e propria, poiché contribuisce a far sì che nell'ambiente di vita della persona (nella città, sul lavoro, nelle relazioni con gli altri, nelle regole di convivenza, ecc...) questa possa trovare condizioni che rendano più semplice fare quelle scelte utili per la salute alle quali è stato educato.

Possono essere ritenuti risultati di azioni volte al cambiamento sociale, ad esempio, il divieto di fumare nei luoghi pubblici e sui mezzi di trasporto, l'obbligo di esplicitare in etichetta tutti i componenti di ogni prodotto di consumo, la creazione di piste ciclabili, l'obbligo di fornire ai lavoratori tutti i dispositivi di protezione individuale, ecc...

Come si può notare non esiste un'unica modalità corretta per fare educazione sanitaria. Ciascun operatore, piuttosto, dovrebbe trovare da solo la linea da usare in ciascuna situazione e cioè quella più aderente ai suoi principi professionali e la più rispondente ai bisogni del destinatario.

Un'altra considerazione importante è che ciascuna modalità non va considerata isolata dalle altre; può essere appropriato usare più approcci integrati per affrontare una problematica particolare.

6. Come programmare un intervento di educazione sanitaria

Così come accade in qualsiasi altro tipo di intervento educativo o didattico intenzionale (ciò che abbiamo già definito in precedenza come *educazione formale*), anche per quanto riguarda l'educazione sanitaria la progettazione dell'intervento prevede un certo numero di fasi e di "nodi decisionali" (cioè di momenti in cui vengono effettuate delle scelte razionali).

Schematicamente, queste fasi potrebbero venire così riassunte:

1. identificazione dei bisogni
2. identificazione dei destinatari
3. definizione delle finalità educative
4. formulazione degli obiettivi
5. selezione di contenuti, metodi e sussidi
6. definizione delle risorse necessarie (umane e materiali)
7. realizzazione dell'intervento
8. valutazione dei risultati

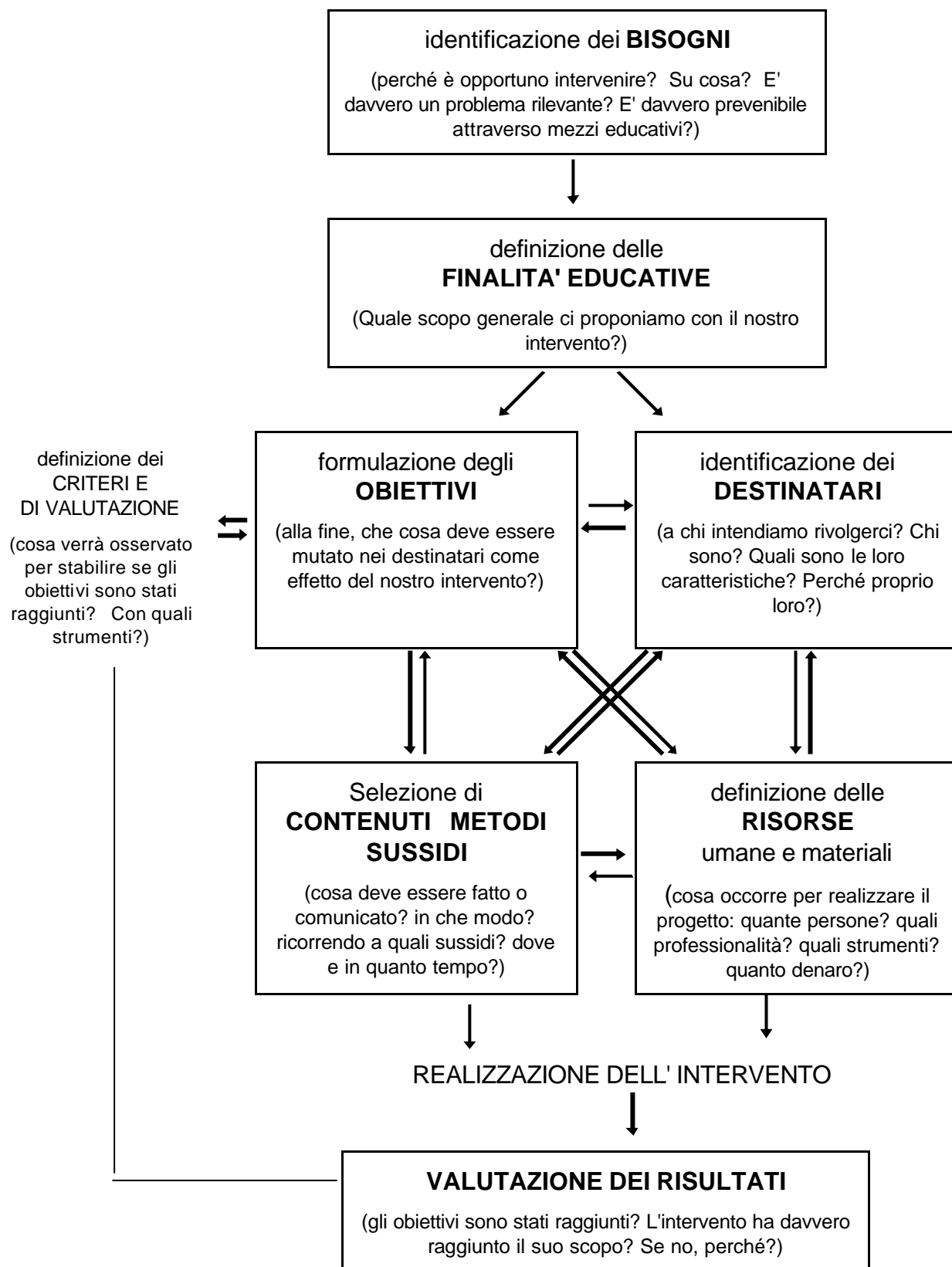
Questa semplice elencazione potrebbe indurre a ritenere che queste diverse fasi si succedano come semplici tappe di un percorso lineare. Nella realtà le cose non vanno esattamente in questo modo, ed ogni scelta compiuta in una qualsiasi delle fasi sopra elencate finisce col determinare (o perlomeno con l'influenzare) gran parte delle altre fasi e nel medesimo tempo viene influenzata da esse.

Così, ad esempio, la scelta di adottare un certo metodo didattico (es.: discussione in piccolo gruppo anziché la semplice distribuzione di un opuscolo informativo) consentirà di perseguire obiettivi (di atteggiamento) che altrimenti non sarebbero stati perseguibili e renderà possibile affrontare alcuni contenuti (es.: le paure personali). Ma la scelta di questo tipo di metodo educativo comporterà anche una diversa identificazione dei destinatari (non più persone qualsiasi, bensì persone disponibili e motivate a dibattere in gruppo un problema di salute) ed una ridefinizione della loro numerosità (un gruppo di discussione non può prevedere più di 12-15 partecipanti alla volta).

A loro volta, queste scelte si ripercuotono inevitabilmente sulla definizione del tipo di risorse necessarie: per realizzare un intervento fondato sulla discussione in piccolo gruppo occorre avere a disposizione personale addestrato alla conduzione di gruppi, così come serve una sede accogliente idonea ad ospitare 15 persone disposte in cerchio attorno a un tavolo, e così via...

Le diverse fasi del processo di programmazione di un intervento di educazione sanitaria, dunque, vanno sempre intese come fortemente interdipendenti tra loro, anche se qui – per ragioni evidenti di semplicità espositiva – nelle pagine seguenti verranno illustrate una alla volta. Questa stretta rete di rapporti di interdipendenza reciproca è illustrata nella Tabella 3, riportata alla pagina seguente

Tabella 3 - Fasi della programmazione di un intervento di educazione sanitaria



6.1. L' identificazione dei bisogni

Seppur implicitamente evidente, va tuttavia sottolineato che vi è un presupposto indispensabile al fatto di realizzare (o semplicemente di programmare) un intervento qualsiasi di educazione sanitaria: e cioè il presupposto che vi sia un *bisogno di educazione sanitaria*.

Aver identificato un bisogno di educazione sanitaria significa aver già risposto perlomeno a questo genere di domande:

- Vi è un qualche problema riguardante la salute della popolazione in generale (o la salute di uno specifico gruppo di persone)? Di quale problema si tratta?
- E' davvero un problema rilevante, tale da dar luogo ad un *bisogno* di intervento preventivo?
- Chi ha deciso che vi è bisogno di intervenire?
- Sulla base di quali elementi è stato deciso che vi è bisogno di intervenire? (es.: sulla base dati epidemiologici locali? Di opinioni o impressioni di operatori sanitari? Di indicazioni normative? Di un clima di allarme colto nella popolazione o nei mass-media?...)
- Il problema di salute sul quale si intende intervenire, è un problema che in qualche modo riguarda i comportamenti delle persone (nel senso che vi sono alcuni comportamenti che contribuiscono a rendere le persone maggiormente esposte a quel problema di salute, oppure comportamenti che, se adottati, contribuirebbero invece a salvaguardare di più la salute della gente)?
- Che cosa sappiamo riguardo alla reale diffusione di questi comportamenti nella nostra realtà locale? Quali categorie di persone ne sono coinvolte in modo particolare?
- Si tratta di comportamenti alla cui modificazione potrebbe contribuire l'educazione sanitaria? In altre parole: l'educazione sanitaria può davvero dare risposta al bisogno?

6.2. L'identificazione dei destinatari

Identificare in modo preciso i destinatari di un intervento di educazione sanitaria significa definire a chi intendiamo rivolgerci e quali sono le loro caratteristiche. Se abbiamo in mente di rivolgerci alla popolazione giovanile di età compresa tra i 18 ed i 24 anni attraverso un intervento educativo che troverà realizzazione contattando i giovani nelle caserme o presso le discoteche, allora i nostri destinatari non saranno genericamente i «giovani tra 18 e 24 anni», bensì i «giovani maschi in servizio militare di leva» o «frequentatori di discoteche». La distinzione non è puramente accademica, poiché è ragionevole ipotizzare che tanto i giovani militari quanto i frequentatori di discoteche non possano essere ritenuti un sotto-insieme casuale, in grado di rappresentare in tutto e per tutto l'intera popolazione giovanile. Lo scegliere l'una o l'altra delle due categorie di giovani dipenderà anche dal tipo di bisogno che ha condotto ad ipotizzare l'intervento, dalle finalità educative che vogliamo perseguire, dalle risorse a nostra disposizione, dall'esame di quali sono le categorie di persone più esposte al rischio per la salute sul quale intendiamo agire, ecc...

Se poi il nostro intervento consisterà in un breve incontro a partecipazione volontaria, i nostri destinatari reali saranno rappresentati da quei militari in servizio di leva (o da quei frequentatori di discoteche) disponibili ed interessati a partecipare al nostro incontro. In altre parole, le modalità di contatto e di reclutamento dei nostri interlocutori concorrono anch'esse a definire in concreto quali saranno i nostri reali destinatari.

Va detto, inoltre, che i destinatari dell'azione educativa non sempre coincidono necessariamente con quella categoria di persone di cui intendiamo tutelare o promuovere la salute. Basti pensare, ad esempio, alle iniziative di educazione sanitaria sul tema degli incidenti in età pediatrica o sulle vaccinazioni obbligatorie, dove il bisogno è quello di tutelare la salute dei bambini, ma i destinatari effettivi dell'azione educativa saranno presumibilmente identificati nei genitori.

6.3. La definizione delle finalità educative

Quando ci si appresta per la prima volta a programmare e realizzare un intervento di educazione sanitaria, la tendenza è in genere quella a lasciarsi sopraffare da dubbi ed interrogativi riguardanti i contenuti (che cosa devo dire ai miei destinatari?), i metodi (è meglio distribuire un opuscolo informativo o è preferibile una classica lezione-conferenza, o magari un piccolo gruppo di discussione?), i mezzi ed i sussidi didattici (forse ci vorrebbe una serie di diapositive, o addirittura una videocassetta?), gli strumenti valutativi (che domande devo prevedere nel questionario finale che intendo far compilare?), così via...

Di solito ciò che invece non ci passa per la mente è proprio la domanda più importante, quella che ci aiuterebbe a dare risposta a tutti gli altri dubbi: «che cosa vogliamo ottenere con il nostro intervento?».

Se sappiamo che cosa stiamo cercando abbiamo possibilità molto maggiori di trovarlo. In altre parole: avere ben chiaro lo scopo del nostro intervento educativo agevola di molto tutte le altre decisioni riguardanti cosa è necessario fare e come è opportuno farlo.

Una volta identificati i bisogni di intervento (es.: prevenire la diffusione del virus HIV per via sessuale) ed i destinatari a cui intendiamo rivolgerci (es.: studenti di scuola secondaria), dunque, la prima cosa da fare è anzitutto capire bene quali finalità educative intendiamo perseguire, cioè che cosa vogliamo ottenere :

- che gli studenti siano genericamente consapevoli del rischio AIDS?
- che migliori il loro patrimonio di conoscenze riguardo ai modi in cui il virus si trasmette?
- che comincino a capire che il rischio di rimanere infetti li riguarda da vicino?
- che riescano a riconoscere le situazioni in cui un rapporto sessuale può costituire una fonte di rischio?
- che si convincano di smetterla di andare a letto con chiunque capiti a tiro?
- che imparino come va usato e conservato un profilattico?

Come si può vedere, da un medesimo bisogno di educazione sanitaria possono scaturire numerose finalità educative, anche assai diverse tra loro. Per orientarci meglio nel decidere quale tipo di finalità educative preferire ed a quale livello si situa ciascuna di esse, può essere utile fare riferimento ad una suddivisione gerarchica dove le diverse categorie di finalità sono disposte in ordine crescente in base alla grandezza (e perciò anche alla difficoltà/complessità) del cambiamento che si aspira a realizzare nei destinatari del nostro intervento educativo.

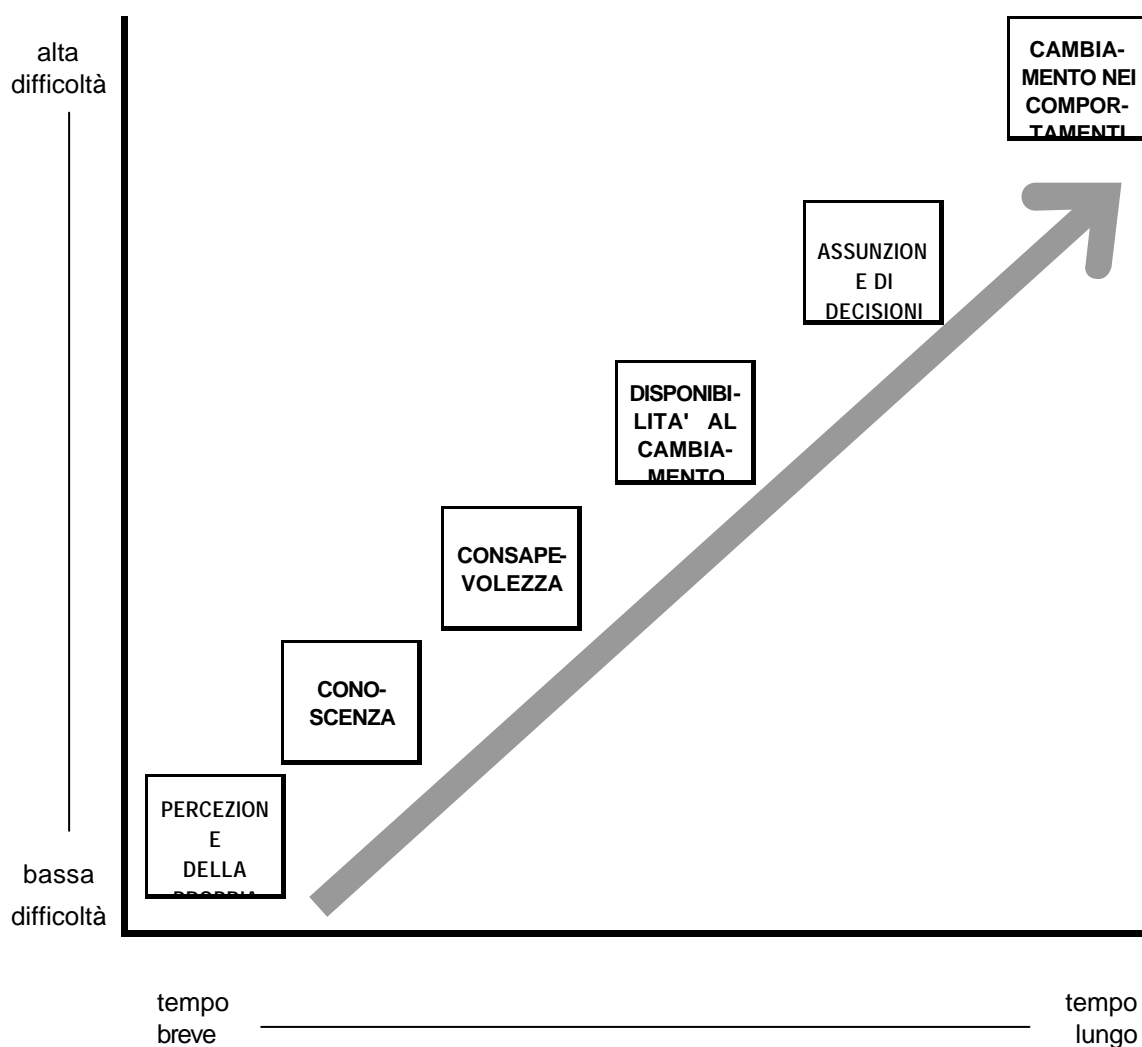
Una prima semplice classificazione è, ad esempio, quella riportata nella tabella 4 alla pagina seguente, dove i diversi tipi di finalità sono ordinati in sei categorie: dagli scopi che riguardano mutamenti semplici e di modesta entità (sensibilizzazione) fino a quelli dove ciò che si aspira di indurre nei destinatari è una vera e propria modificazione del comportamento.

Tabella 4 - Classificazione gerarchica delle finalità educative in base all'entità e alla difficoltà del mutamento che si intende stimolare nei destinatari

Livelli di risultato	Esempi di FINALITA' EDUCATIVE (l'intenzione dell'educatore è di...:)	coincide con la condizione di un individuo giunto ad affermare...:
<p>livello 1: Percezione della propria salute (sensibilizzazione)</p> <p>Far emergere la percezione, anche se generica, di un problema di salute.</p>	Sensibilizzare al problema della sedentarietà	«So che l'esercizio fisico fa bene alla salute delle persone»
<p>livello 2: Conoscenza</p> <p>Aumentare le informazioni e le conoscenze specifiche su problemi di cui la persona era già cosciente, anche se la loro conoscenza reale e la loro comprensione erano limitate.</p>	Fornire conoscenze sui vantaggi dell'esercizio fisico per la salute	«So che l'esercizio fisico aumenta la resistenza, la forza, migliora la circolazione e contribuisce ad abbassare la probabilità di infarto»
<p>livello 3: Consapevolezza</p> <p>Stimolare l'esame dei propri atteggiamenti rispetto ad un particolare problema (o rispetto alla salute in generale), ed eventualmente identificare che cosa sia realmente importante.</p>	Rendere consapevoli delle ripercussioni che l'attuale livello di esercizio fisico ha sulle proprie personali condizioni di salute e benessere	«Non mi sento in forma perché mi manca facilmente il respiro ogni volta che faccio uno sforzo: vorrei sentirmi meglio»
<p>livello 4: Disponibilità al cambiamento</p> <p>Integrare le nuove conoscenze e le opinioni sviluppate sul problema in un nuovo quadro più coerente di convinzioni e atteggiamenti</p>	Rendere disponibili a prendere in considerazione l'opportunità di introdurre un po' di esercizio fisico nelle proprie abitudini	«Pensavo che l'esercizio fisico fosse solo per i patiti del moto. Ora penso che starei molto meglio se ne facessi un po' di più anch'io»
<p>livello 5: Assunzione di decisioni</p> <p>Far sì che le opinioni e gli atteggiamenti maturati si traducano nella <i>intenzione</i> di modificare le proprie abitudini</p>	Stimolare la assunzione di scelte che implicino maggiori livelli di attività fisica	«Ho deciso di iniziare a fare del moto. Comincerò col cercare una palestra a cui iscrivermi»
<p>livello 6: Cambiamento nei comportamenti</p> <p>Cambiare effettivamente qualche cosa nelle abitudini e nei comportamenti quotidiani che hanno a che fare con la salute</p>	Produrre un cambiamento delle abitudini in direzione di una minore sedentarietà	«Frequento una palestra e, quando è possibile, cerco di camminare invece di prendere l'autobus e di salire le scale anziché prendere l'ascensore»

Il modello di classificazione gerarchica delle finalità educative illustrato nella precedente tabella consente di rendersi conto rapidamente di due ulteriori aspetti che intervengono nella scelta di ciò che vogliamo ottenere, ed in particolare:

1. Per definire realisticamente le nostre finalità educative, per stabilire cioè il punto di arrivo a cui condurre i nostri destinatari per mezzo dell'educazione sanitaria, è necessario disporre di qualche informazione riguardo al punto di partenza. Condurre i destinatari fino al livello dell'assunzione di decisioni richiederà interventi assai diversi (in termini di tempo, di risorse, di metodi, di articolazione, ecc...) se il punto di partenza è una consapevolezza già diffusa o se, viceversa, abbiamo a che fare con destinatari che non hanno neppure raggiunto il livello della generica percezione del problema.
2. Quanto più si sale nella gerarchia dei livelli di finalità, tanto più l'intervento educativo necessario per raggiungere questo scopi diviene complesso, difficile, di lunga durata. In altre parole: porsi finalità educative di alto livello, che implicano il produrre nei destinatari mutamenti di ingente entità, significa contemporaneamente sapere che ciò richiederà interventi più complessi, più lunghi, più difficili, come è raffigurato in questa immagine:



6.4. La formulazione degli obiettivi

Formulare gli obiettivi di un intervento di educazione sanitaria consiste nel definire e specificare con maggiore precisione la finalità educativa verso cui vogliamo tendere.

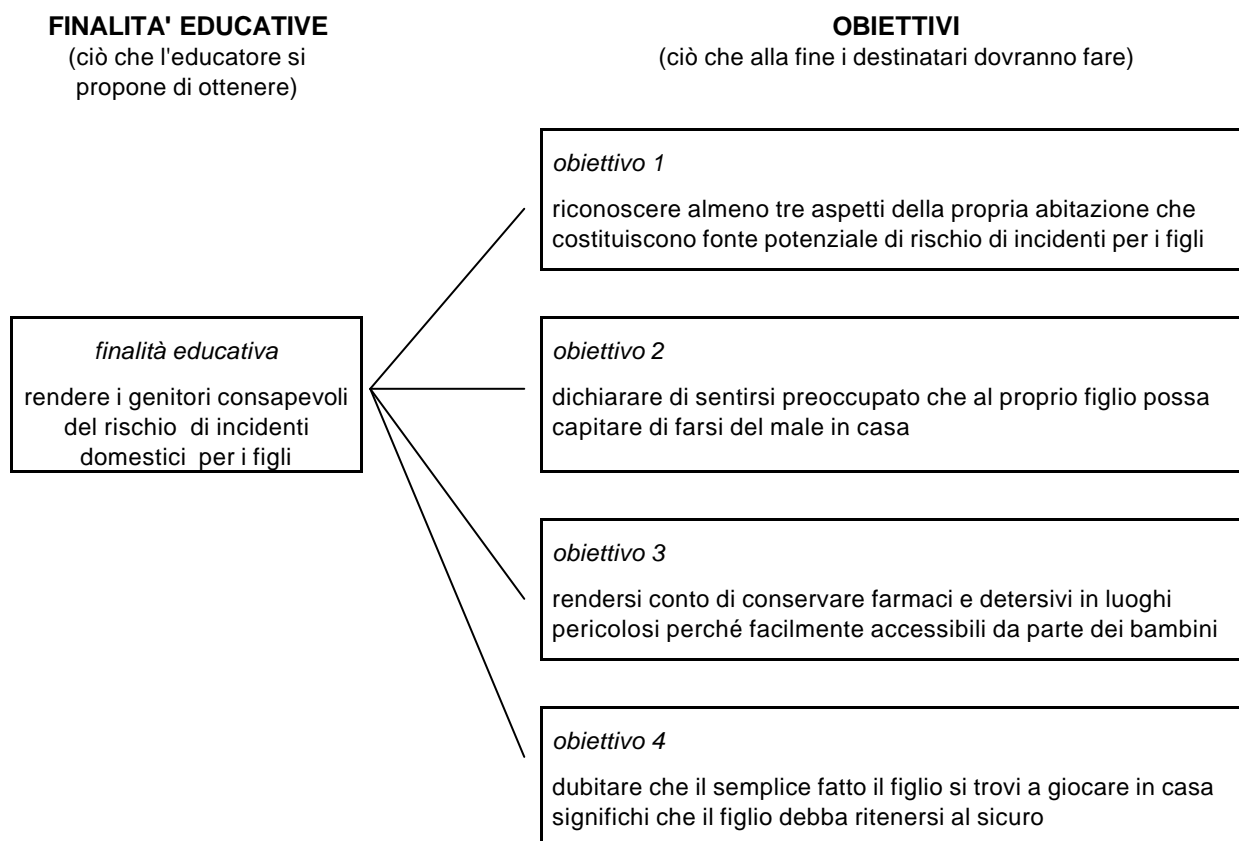
Una finalità educativa, infatti, definisce in termini generali ciò che vogliamo ottenere con il nostro intervento (ad es.: «rendere i genitori consapevoli del rischio di incidenti domestici per i figli»). Essa cioè ci indica la direzione in cui intendiamo muoverci, ma non precisa qual è esattamente il punto in corrispondenza del quale potremo veramente dire di essere giunti con successo alla meta.

Cosa vuol dire, infatti, «rendere i genitori consapevoli del rischio di incidenti domestici per i figli»? In che cosa consiste? Quand'è che un genitore può essere definito «consapevole del rischio di incidenti domestici per i figli»? Come posso riconoscerlo e distinguerlo da un genitore che invece non ha raggiunto tale consapevolezza? Cosa devo guardare? Quali indizi o segnali osserverò per stabilire se un genitore ha realmente raggiunto questa consapevolezza?

Per qualcuno di noi il genitore «consapevole del rischio di incidenti domestici per i figli» potrebbe coincidere con quel genitore che è capace di «riconoscere almeno tre aspetti della propria abitazione che costituiscono fonte potenziale di rischio di incidenti per i figli», oppure con quello che è disponibile a «dichiarare di sentirsi preoccupato che al proprio figlio possa capitare di farsi del male in casa», o ancora con quello che «dice di essersi reso conto di conservare farmaci ed detersivi in luoghi pericolosi perché facilmente accessibili da parte dei bambini». Qualche nostro collega, invece, potrebbe ritenere che un genitore possa essere giudicato «consapevole del rischio di incidenti domestici per i figli» quando inizia a «dubitare che il semplice fatto di trovarsi a giocare in casa faccia sì che il figlio debba ritenersi al sicuro».

Tutti questi differenti indizi o manifestazioni in realtà altro non sono che obiettivi diversi.

Tabella 5 - Esempio di relazione tra finalità educative ed obiettivi



Un obiettivo, dunque, è una frase che descrive in modo preciso un singolo risultato educativo.

In altre parole:

- mentre una **finalità educativa** descrive in termini generali ciò che l'educatore si propone di ottenere,
- un **obiettivo** descrive un comportamento osservabile dei destinatari che noi decidiamo di utilizzare come testimonianza del fatto che si è davvero realizzata quella modificazione (nelle conoscenze, negli atteggiamenti, o nei comportamenti) che intendevamo produrre nei destinatari attraverso l'educazione sanitaria.

Il nostro esempio sulla consapevolezza dei genitori rispetto agli incidenti domestici (cfr. anche l'esempio riportato nella Tabella 5, alla pagina precedente) ci consente peraltro di accorgerci già da ora che:

- educatori diversi possono trovarsi tutti d'accordo nel definire una medesima finalità educativa a cui tendere, ma può accadere che ciascuno di essi in realtà stia pensando a cose diverse (ciascuno di essi, cioè, ha in mente obiettivi diversi);
- a partire da un'unica finalità educativa spesso vengono formulati numerosi obiettivi;
- un obiettivo consente già di capire cosa dovrà essere osservato o misurato al momento della valutazione.

Come sapere se stiamo formulando correttamente i nostri obiettivi? Nello schema che segue sono riportati quattro criteri generali a cui attenersi per formulare obiettivi maniera utile e corretta.



UN OBIETTIVO BEN FORMULATO E'...

Congruente con la finalità educativa. Dato che gli obiettivi costituiscono una specificazione più precisa dello scopo indicato dalla finalità educativa, essi devono mantenere un legame logico e diretto con quella finalità da cui discendono.

Realistico. Nel formulare un obiettivo, cioè, va tenuto conto della situazione di partenza dei destinatari e delle risorse disponibili per realizzare l'intervento. Altrimenti si rischia di proporsi il conseguimento di obiettivi che i destinatari hanno già raggiunto ancor prima di iniziare l'intervento (i cosiddetti «obiettivi inutili») o, viceversa, di formulare obiettivi irraggiungibili.

Centrato su un singolo risultato finale dell'intervento. Ogni obiettivo, cioè, descrive una singola conoscenza, abilità, atteggiamento o comportamento... che i destinatari dovranno aver acquisito al termine dell'intervento (es.: saper utilizzare correttamente lo spazzolino da denti), e non ciò che intendiamo fare o insegnare per ottenere tale risultato (es.: partecipare all'esercitazione sull'uso dello spazzolino).

Verificabile. Un obiettivo ben formulato precisa in modo inequivocabile un evento o un comportamento specifico che può essere direttamente osservato o misurato.

6.5 La selezione dei metodi e dei sussidi

Ciò che i nostri allievi-destinatari apprenderanno è strettamente connesso non solo a *cosa* insegneremo (il contenuto), ma anche a *come* lo insegneremo (il metodo) ed agli strumenti che adotteremo per farlo (i sussidi).

Ma come si fa per decidere quale è il metodo più adatto in un determinato progetto di educazione sanitaria? Come si fa per decidere razionalmente se preferire un strumento anziché un altro?

Non è facile dare una risposta semplice e definitiva a questi interrogativi. E' tuttavia possibile delineare alcuni criteri che ci aiutino ad orientarci meglio di fronte a questo genere di decisioni educative.

Criterio 1: il valore dei metodi e dei sussidi è sempre relativo.

Così come non esistono strumenti di per sé più efficaci o meno efficaci, analogamente non esistono metodi migliori o peggiori in senso assoluto. Da questo punto di vista è sempre necessario distinguere tra *caratteristiche* e *vantaggi* di un metodo o di un sussidio: una caratteristica si trasforma in vantaggio solo se contribuisce alla realizzazione di uno scopo specifico. In un noto testo sulla progettazione dell'insegnamento, due autori americani esemplificano con efficacia questo principio attraverso una semplice metafora: «una delle caratteristiche di una macchina piccola è che può essere parcheggiata con più facilità rispetto ad un grosso vagone ferroviario. E' un vantaggio? Se il vostro scopo è di guidare per lo più in città certamente lo è, ma se volete trasportare fino al mercato il maggior numero possibile di cassette di mele in un unico viaggio, allora il fatto che la macchina sia piccola non costituisce un vantaggio» (Mager e Beach, 1978). In altre parole: la maggiore o minore validità educativa di un particolare metodo o di un certo sussidio - e quindi anche la maggiore o minore opportunità di adottarli - dipende anzitutto da ciò che vogliamo ottenere, cioè dagli obiettivi educativi che intendiamo perseguire attraverso l'impiego di quel metodo e di quel sussidio. Il problema che si pone a chi progetta un intervento di educazione sanitaria, infatti, non è quello di scoprire nuove procedure didattiche più originali o strumenti più innovativi, bensì di scegliere quei sussidi e quelle attività che, secondo le sue previsioni, meglio di altre possono contribuire a raggiungere gli obiettivi che egli ha fissato. Così, ad esempio, se gli obiettivi che abbiamo formulato riguardano la semplice conoscenza di informazioni specifiche intorno ad un determinato argomento, allora il ricorso ad un tradizionale metodo informativo monodirezionale (es.: una conferenza, un opuscolo, ecc...) potrà essere ritenuta una buona scelta. Ben diverse dovranno essere invece le attività didattiche da preferire nel caso in cui la nostra finalità sia quella di sviluppare nei destinatari un atteggiamento di disponibilità al cambiamento delle proprie abitudini.

Criterio 2: la scelta più opportuna è spesso frutto di una mediazione tra esigenze e scopi diversi.

Come abbiamo appena osservato, ciascun metodo e ciascun sussidio saranno di volta in volta più o meno adeguati a seconda dell'obiettivo che intendiamo raggiungere attraverso di essi. Si tratta di un principio abbastanza semplice. Non di rado capita, tuttavia, che un intervento di educazione sanitaria si proponga la realizzazione di più obiettivi e - soprattutto - di obiettivi differenti che riguardano aspetti e dimensioni assai diverse tra loro: conoscenze, atteggiamenti, comportamenti, valori, abilità, ecc...

Ne consegue, anzitutto, che in molti casi non si tratta di optare per *una* attività o *uno* strumento particolari, quanto piuttosto di organizzare una *varietà* di metodi e di sussidi, proprio perché diversi sono i tipi di obiettivi da raggiungere.

Me selezionare i metodi e gli strumenti più adatti a perseguire obiettivi diversi non significa sempre (anzi, quasi mai) affiancare semplicemente attività e sussidi diversi, ciascuno valutato e selezionato isolatamente in riferimento ad un singolo obiettivo. Ad esempio: l'adozione di un particolare metodo o sussidio didattico, se valutata isolatamente, può apparire la scelta migliore in vista del raggiungimento di un certo obiettivo di conoscenza, ma può costituire nel medesimo tempo un fattore ostacolante nei confronti di un altro obiettivo riguardante gli atteggiamenti dei destinatari. In modo analogo, le modalità di organizzazione delle attività della classe richieste dall'impiego di un certo sussidio potrebbero costituire un intralcio al raggiungimento di altri obiettivi.

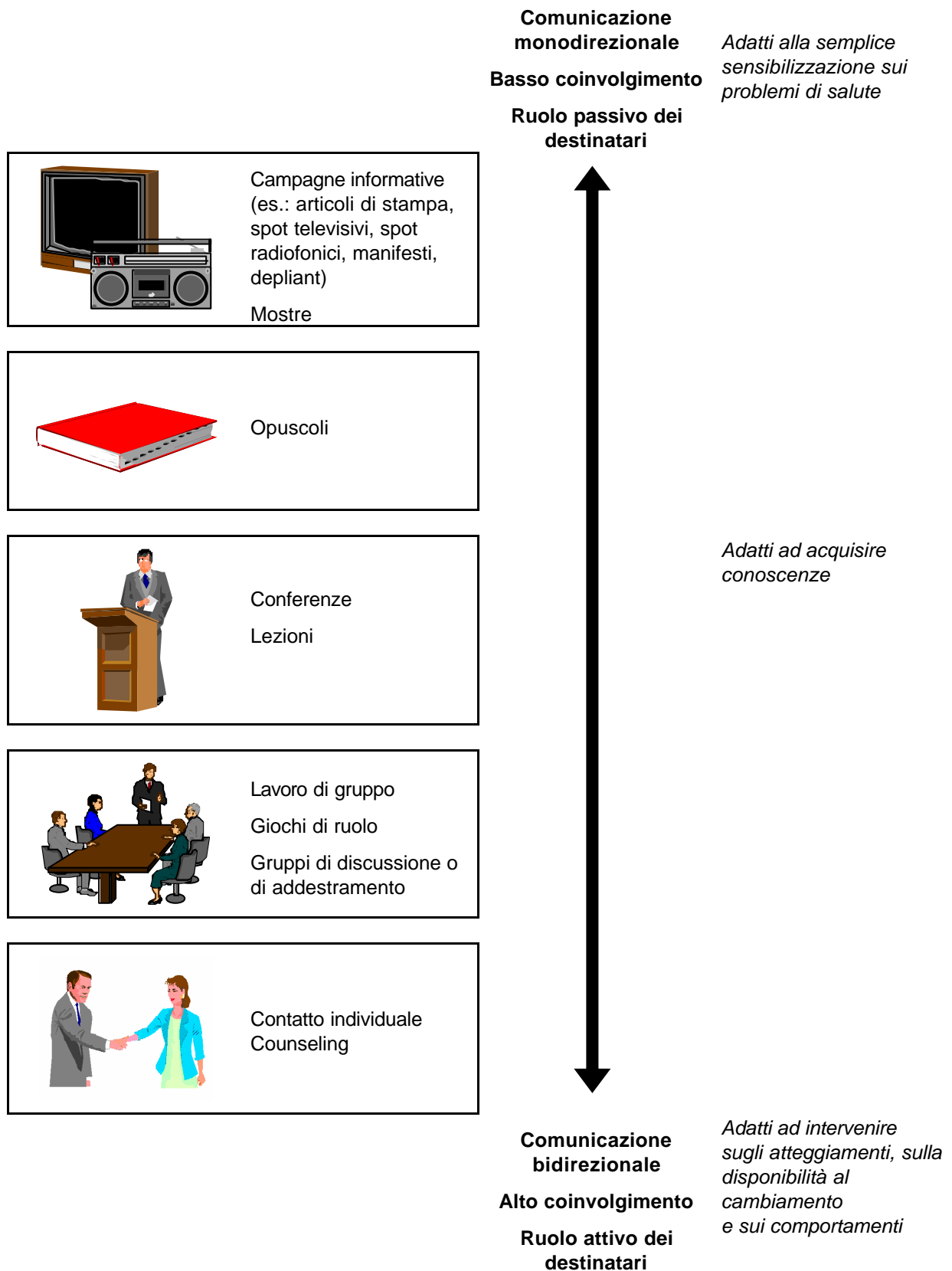
Così, ad esempio: una tradizionale conferenza o lezione informativa a prima vista può sembrare il metodo più efficace ed economico per far acquisire ai nostri destinatari semplici conoscenze. Ma se, oltre all'incremento del patrimonio informativo, abbiamo contemporaneamente previsto tra le nostre finalità anche quella di stimolare nei destinatari una maggiore capacità di valutazione e decisione autonome in tema di salute, allora può darsi che alla fine sia necessario optare per un'attività diversa e più complessa.

Parafrasando la metafora che abbiamo citato poco fa, potremmo affermare che in casi come questi il nostro problema è quello di trasportare il maggior quantitativo possibile di merci fino ad un mercato situato al centro di un rione cittadino solcato da vicoli angusti. La scelta più opportuna, quindi, non può che derivare in questi casi da una attenta analisi delle diverse e simultanee funzioni assolte dalle attività e dagli strumenti che abbiamo in mente di utilizzare, cercando di creare un equilibrio che sia rispettoso di tutte le diverse esigenze educative che intendiamo soddisfare.

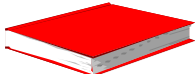



Criterio 3: la scelta più opportuna deve tenere conto del tipo di destinatari.

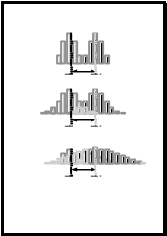

Per quanto banale ed ovvio possa apparire, conviene comunque ricordare che nel valutare l'adeguatezza di metodi e sussidi non si può non tenere conto anche del tipo di destinatari a cui intendiamo rivolgerci, delle loro caratteristiche e della loro numerosità. Un sussidio particolarmente idoneo a favorire l'acquisizione di alcune conoscenze fra alunni di scuola media, ad esempio, non per questo deve ritenersi altrettanto adatto a favorire il conseguimento del medesimo obiettivo in destinatari adulti, e viceversa. In modo analogo, un metodo che risulta coinvolgente e stimolante per una determinata tipologia di destinatari (es.: un gruppo di giovani) può annoiare o addirittura indispettare destinatari di età o di caratteristiche diverse (un gruppo di professionisti o di casalinghe). Ed ancora, vi sono attività e sussidi particolarmente efficaci, ma che sono utilizzabili solamente con un gruppo poco numeroso e che perciò si rivelano improponibili quando intendiamo rivolgerci ad una popolazione più ampia di destinatari.

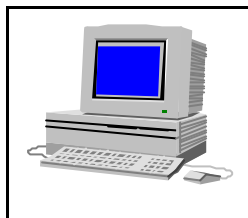
Tabella 6 - Classificazione di alcuni principali metodi di educazione sanitaria in base al grado di mono- o bi-direzionalità della comunicazione



VANTAGGI E LIMITI DI ALCUNI TRA I PRINCIPALI SUSSIDI

SUSSIDI	VANTAGGI	LIMITI
<p>Volantini, Opuscoli e altro materiale scritto</p> 	<p>Consentono di trasmettere l'informazione a numerosi destinatari senza dover entrare direttamente in contatto con loro</p> <p>Gli utenti possono rivedere il contenuto quando lo desiderano.</p> <p>Consentono all'utente di apprendere da solo e di modulare il proprio tempo di apprendimento</p> <p>Sono relativamente convenienti, rispetto alla dimensione dell'utenza che possono raggiungere.</p> <p>Possono essere realizzati anche avendo a disposizione un personal computer da ufficio.</p>	<p>I volantini e i pieghevoli si deteriorano e si perdono facilmente.</p> <p>Non vi sono garanzie che tutti i destinatari raggiunti dal sussidio ne leggeranno realmente i contenuti.</p>
<p>Poster e Manifesti</p> 	<p>Con un numero abbastanza limitato di affissioni in luoghi molto frequentati, il messaggio può raggiungere un numero anche considerevole di destinatari.</p>	<p>Consente solo di trasmettere messaggi molto brevi e concisi, più adatti alla sensibilizzazione che alla vera e propria informazione.</p> <p>Per produrre materiale di qualità occorre l'apporto di un grafico e il ricorso a una tipografia; tutto questo può essere costoso.</p>
<p>Lavagne</p> 	<p>Sono molto utili per strutturare un argomento.</p> <p>Non sono fragili.</p> <p>Non occorre oscurare la stanza.</p>	<p>L'insegnante volta le spalle agli allievi.</p> <p>Il numero degli allievi deve essere limitato.</p> <p>Per quanto riguarda le lavagne con fondo di ardesia o di plastica, le informazioni scritte vengono cancellate e non possono essere conservate per un uso ulteriore.</p>
<p>Diapositive</p> 	<p>Offrono una visione sufficientemente chiara anche di fronte ad un uditorio di dimensioni medio-grandi.</p> <p>Il mercato dei materiali didattici è ricco di programmi preconfezionati di diapositive intorno ai più svariati argomenti.</p> <p>La selezione e la successione delle immagini sono sotto il diretto controllo del docente.</p> <p>Le fotografie da proiettare possono essere scattate dall'insegnante stesso mediante una comune macchina fotografica.</p> <p>Le dimensioni e la maneggevolezza del</p>	<p>Richiedono il totale oscuramento dell'ambiente.</p> <p>Le immagini da proiettare devono sempre essere fotografate e quindi fatte montare su un apposito telaio e rivolgendosi ad un laboratorio fotografico.</p>

	proiettore ne agevolano il trasporto e l'impiego.	
SUSSIDI	VANTAGGI	LIMITI
<p>Lucidi per lavagna luminosa</p> 	<p>Consentono una proiezione chiara senza un completo oscuramento dell'ambiente.</p> <p>Consentono al commentatore di non voltare le spalle all'uditorio durante l'incontro.</p> <p>La successione e il tempo di presentazione dei lucidi sono sotto diretto controllo del docente, il quale può anche scrivere su di essi durante la stessa proiezione.</p> <p>Possono trasmettere anche informazioni complesse.</p> <p>Se la lavagna luminosa è dotata di una lampada sufficientemente potente, possono essere usati anche con uditori di grandi dimensioni.</p> <p>Sono economici.</p> <p>Si possono produrre lucidi di buona qualità (anche a colori) disponendo di un semplice personal computer o di una macchina per fotocopie.</p>	<p>Con i lucidi non è possibile trasmettere il movimento.</p>
<p>Videocassette</p> 	<p>Consente la presentazione di immagini e processi in movimento corredata da commento sonoro.</p> <p>L'immagine televisiva capta l'attenzione degli spettatori in misura maggiore rispetto a quanto accade con le immagini fisse.</p> <p>Possono essere fermate e rimesse in moto facilmente per consentire la discussione.</p> <p>Non è necessario oscurare la stanza.</p> <p>Il mercato dei materiali didattici è ricco di videocassette intorno ai più svariati argomenti.</p> <p>La grande diffusione dei videoregistratori in ambito domestico consente di registrare con relativa facilità programmi trasmessi in rete.</p>	<p>La produzione in proprio di una buona videocassetta è molto costosa.</p> <p>Le dimensioni relativamente ridotte dello schermo televisivo non consentono una buona visione se si ha a che fare con un uditorio molto numeroso o in una sala di grandi dimensioni.</p> <p>Presuppone la presenza di un televisore e di un videoregistratore nei locali dove avverrà la presentazione.</p>
<p>Programmi informatici multimediali o interattivi</p>	<p>Consente la presentazione di immagini, filmati e testi corredata anche da commento sonoro.</p> <p>L'immagine multimediale capta l'attenzione del soggetto in misura maggiore rispetto a quanto accade con le immagini fisse o testi scritti</p> <p>La persona può interagire con il</p>	<p>La fruizione di questo genere di sussidi può avvenire solo individualmente, per cui non può essere utilizzato in gruppo o durante un corso.</p> <p>Presuppone che i destinatari possiedano un computer adatto e che siano capaci di utilizzarlo.</p> <p>La disponibilità sul mercato di buoni</p>



programma, assumendo un ruolo attivo

programmi multimediali o interattivi è ancora modesta.

La produzione in proprio di un programma multimediale è molto complessa e spesso costosa

COME ESAMINARE UN SUSSIDIO DIDATTICO PER L'EDUCAZIONE SANITARIA

Al giorno d'oggi il mercato dei materiali didattici su temi di educazione sanitaria è particolarmente ricco e tocca i più svariati argomenti. Alcune case editrici nazionali, così come numerose strutture sanitarie ed enti locali ogni anno producono un'ampia varietà di sussidi: opuscoli, guide, depliant, manifesti, diapositive, filmati, ecc... impiegati in progetti e campagne di educazione sanitaria. Ultimamente iniziano ad apparire sul mercato anche sussidi di educazione sanitaria su supporto informatico, come ad esempio videogiochi didattici, corsi interattivi su CD-ROM e, non ultimo, il più recente sviluppo di canali di informazione sanitaria sulla rete Internet.

Quanto più la mole e la varietà dei sussidi disponibili si allarga, tanto più aumentano per ciascun operatore le opportunità e la gamma delle scelte possibili. Ma contemporaneamente aumenta anche la difficoltà di scegliere bene.

Come si fa a scegliere un sussidio di educazione sanitaria? Cosa è meglio guardare per decidere se uno strumento che stiamo esaminando è veramente adatto all'intervento che abbiamo in mente di realizzare?

Qui di seguito sono riportati, sotto forma di domande, alcuni semplici criteri orientativi a cui consigliamo di attenersi nell'esaminare la validità e l'adeguatezza di un sussidio.

v Qual è il contenuto di questo strumento? Di cosa parla?

v A chi si rivolge questo strumento? Che tipo di destinatari aveva in mente colui che l'ha costruito: bambini, ragazzi, adulti, professionisti, operatori sanitari, genitori, insegnanti, o altro...?

v Quale genere di finalità e di obiettivi educativi è possibile perseguire con questo sussidio? E' adatto a sensibilizzare i destinatari? Ad accrescere le loro conoscenze? A renderli più consapevoli? A modificare i loro atteggiamenti? A stimolarli ad assumere decisioni? Ad addestrarli ad una particolare abilità? ecc...

v Le informazioni che esso veicola sono scientificamente corrette e aggiornate? Sono troppe, oppure insufficienti o troppo superficiali per il tipo di intervento che abbiamo in mente di realizzare?

v Le informazioni che vengono trasmesse (così come i termini ed i concetti utilizzati per veicolarle) presuppongono che i destinatari possiedano già delle conoscenze sull'argomento? Se sì, quali sono queste conoscenze che il sussidio dà già per scontate?

v Il linguaggio utilizzato (sia verbale che visivo) è adatto al tipo di destinatari a cui ci rivolgeremo? E' abbastanza chiaro e comprensibile per loro? E' un linguaggio capace di stimolare e mantenere il loro interesse e la loro attenzione?

v Quale genere di messaggio implicito viene trasmesso? Un messaggio negativo (volto cioè a dissuadere da scelte o comportamenti enfatizzandone svantaggi e rischi) oppure positivo (orientato a stimolare l'assunzione di decisioni sottolineandone i vantaggi)?

v Quali condizioni sono richieste per utilizzare questo strumento? In quale tipo di contesto e di ambito può essere impiegato? (ad esempio: presuppone destinatari riuniti in un piccolo gruppo di discussione o può essere impiegato anche in una grande assemblea? Richiede il possesso di un videoregistratore o di un computer?)



Un progetto di educazione sanitaria può prevedere, comunque, livelli diversi di valutazione, ed in particolare:

- anzitutto la *valutazione di efficacia*, a cui abbiamo già accennato, che consiste nell'accertare se e in che misura si sono davvero realizzate quelle modificazioni descritte nei nostri obiettivi (relative ad esempio alle conoscenze, agli atteggiamenti, alle opinioni, ai comportamenti, alle abitudini...)
- la *valutazione di impatto*, che consiste nella quantificazione dei destinatari effettivamente raggiunti dalla nostra iniziativa (es.: quanti e quali destinatari siamo riusciti davvero a raggiungere con il nostro intervento? Quanti hanno preso parte solamente al primo incontro e poi non si sono più fatti vedere? Quante persone si sono accorte dei manifesti che abbiamo affisso? Quante ne ricordano il contenuto? A quante persone abbiamo consegnato il nostro opuscolo? Quanti lo hanno letto o almeno sfogliato? ecc...)
- la *valutazione di successo percepito*, che consiste nel verificare ciò che i destinatari riferiscono in ordine al loro gradimento dell'iniziativa (l'hanno apprezzata? sono rimasti soddisfatti? la giudicano utile? l'hanno trovata interessante? ritengono di aver imparato qualcosa? ecc...)
- la *valutazione di stabilità dei mutamenti prodotti*, che consiste nel ripetere una o più valutazioni ad una certa distanza di tempo dalla fine dell'intervento, così da sapere se e in che misura le modificazioni registrate al termine dell'iniziativa permangono stabili o, viceversa, tendono ad attenuarsi.
- la *valutazione di ricaduta sulla salute*, che consiste nel verificare in che misura le modificazioni prodotte sul piano di conoscenze/atteggiamenti/comportamenti contribuiscono realmente a migliorare le condizioni di salute dei destinatari o perlomeno a prevenire una certa malattia (ad esempio: il controllo della diffusione della carie ad un anno di distanza da un intervento di educazione sanitaria sul tema dell'igiene orale).
- *valutazione di efficienza*, che consiste nello stabilire la vantaggiosità dell'intervento in termini di rapporto costi-benefici (Ne è valsa la pena? I risultati ottenuti compensano le risorse che sono state investite nell'iniziativa? L'intervento ha assorbito meno risorse di qualsiasi altra azione alternativa capace di produrre i medesimi risultati?).

ESEMPIO DI QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DI CONOSCENZE

Gli scienziati affermano che il virus responsabile dell'AIDS è molto debole. Ciò vuole dire che...:

(una sola risposta)

- E' un virus che viene neutralizzato facilmente dagli anticorpi dell'uomo
- E' un virus che ha un arco di vita relativamente breve
- E' un virus che non riesce a sopravvivere al di fuori dell'organismo umano

Una persona sana può ricevere il virus dell'AIDS da una persona infetta attraverso...:

(anche più risposte)

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> cibi e bevande | <input type="radio"/> strette di mano |
| <input type="radio"/> starnuti o colpi di tosse | <input type="radio"/> uso degli stessi mezzi di trasporto |
| <input type="radio"/> uso comune di oggetti | <input type="radio"/> rapporti sessuali |
| <input type="radio"/> uso comune di servizi igienici | <input type="radio"/> uso comune del telefono |
| <input type="radio"/> uso comune di siringhe per iniezione | <input type="radio"/> punture di insetti (es.: zanzare) |
| <input type="radio"/> baci | <input type="radio"/> saliva |
| <input type="radio"/> uso comune di docce e lavandini | <input type="radio"/> lacrime o sudore |
| <input type="radio"/> trasfusioni di sangue | <input type="radio"/> vivendo nella medesima abitazione |

ESEMPIO DI QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DI ATTEGGIAMENTI

Qui di seguito sono riportate alcune affermazioni riguardanti il problema dell'AIDS e quello della presenza dei bambini sieropositivi nella scuola. Legga una alla volta le diverse affermazioni e per ciascuna di esse esprima liberamente il Suo grado di accordo (o disaccordo), scegliendo una solamente delle cinque possibilità di risposta riportate sotto ogni affermazione.

Se nella scuola in cui lavoro fosse inserito un bambino sieropositivo avrei molta paura che egli possa in qualche modo contagiare anche me.

completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	incerto	abbastanza contrario	completamente contrario
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Credo sia utile che i bambini sieropositivi frequentino normalmente la scuola insieme a tutti i loro coetanei.

completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	incerto	abbastanza contrario	completamente contrario
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se un mio amico o parente mi confidasse di essere sieropositivo io cercherei di interrompere qualsiasi contatto con lui.

completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	incerto	abbastanza contrario	completamente contrario
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ritengo che, come misura precauzionale, bisognerebbe impedire che un bambino sieropositivo possa restare quotidianamente a stretto contatto coi bambini sani.

completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	incerto	abbastanza contrario	completamente contrario
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

o

o

o

o

o

ESEMPIO DI QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO RIFERITO

Ti è mai capitato di provare a fumare? SÌ NO

Se sì, hai fumato almeno una volta nell'ultimo mese? SÌ NO

Ti è mai capitato di rifiutare una sigaretta offerta da amici o da altre persone?

(una sola risposta)

- Sì, l'ho rifiutata almeno una volta
- No, l'ho sempre accettata
- Nessuno mi ha mai offerto sigarette

ESEMPIO DI QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DI IMPATTO

Lei è a conoscenza del fatto che la nostra USSL quest'anno ha realizzato un progetto di educazione sanitaria denominato «Stop ai patogeni!», rivolto a barbieri, parrucchieri ed estetisti?

- lo conosco molto bene
- lo conosco solo superficialmente
- l'ho solo sentito nominare
- non ne ho mai sentito parlare prima d'ora

Ha avuto modo di leggere la guida dal titolo «Occhio al virus», che Le abbiamo inviato nei mesi scorsi?

- sì, l'ho letta
- ho potuto solo sfogliarla
- non ho ancora trovato il tempo di guardarla
- non ricordo di averla ricevuta

ESEMPIO DI QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DI SUCCESSO PERCEPITO

Complessivamente, cosa ne pensa di questo progetto? Lo giudica una cosa davvero utile?

- molto utile
- abbastanza utile
- poco utile
- del tutto inutile

Se per ipotesi Lei potesse tornare indietro, sceglierebbe ancora di partecipare a questa iniziativa di educazione sanitaria?

- sicuramente sì
- probabilmente sì
- probabilmente no
- sicuramente no

7. Alcuni principi per un insegnamento efficace

Ecco alcune semplici regole da ricordare quando si insegna sia ad un singolo che ad un gruppo:

- *Tenere conto delle conoscenze già possedute dai destinatari*: occorre partire dalla conoscenza che gli altri già possiedono. Se questo aspetto viene sottovalutato si rischia di insegnare cose già conosciute o, viceversa, di parlare a un livello troppo complesso; per questo è necessario conoscere il più possibile ciò che gli utenti conoscono.
- *Coinvolgere il più possibile le persone*: apprendiamo di più e meglio quando siamo attivamente coinvolti rispetto a quando ci viene semplicemente richiesto di ascoltare o di assistere in modo passivo.
- *Rendere interessante e significativo (dal punto di vista dei destinatari) ciò che intendiamo comunicare*: ciò che si insegna deve essere rilevante per i bisogni e gli interessi e le situazioni in cui si trova l'utente. Ad esempio: è difficile mettere in relazione la propria situazione personale con generalizzazioni astratte o con citazioni di dati statistici; è preferibile dire «una persona su dieci» invece di «dieci milioni di persone in Italia».
- *Cercare feedback attraverso la valutazione*: E' fondamentale ottenere il *feedback* (informazione di ritorno) sugli effetti prodotti dal proprio insegnamento, cioè capire il più precisamente possibile cosa i destinatari hanno appreso e come lo hanno appreso, in modo da apportare tempestivamente tutte le eventuali correzioni necessarie, aumentando così l'efficacia dell'intervento educativo.

7.1. Indicazioni per svolgere una lezione

E' ancora abbastanza frequente per gli operatori sanitari fare una lezione tradizionale: se questa viene condotta in modo unidirezionale presenta dei grossi limiti, in quanto non permette di valutare quanto le persone apprendono o comprendono e vi è il rischio che ricordino solo una piccola parte dei contenuti.

Le lezioni e le conferenze possono essere utili per esempio per favorire una sensibilizzazione o una semplice conoscenza su di un determinato argomento. Molti non leggono libri o articoli né guardano abitualmente programmi televisivi. Per questo una lezione può rappresentare per i nostri destinatari un'importante occasione per informarsi o semplicemente per rendersi conto dell'esistenza di un problema di salute che essi magari non avevano mai considerato.

E' inoltre un metodo abbastanza economico in termini di tempo, perché l'operatore sanitario può rivolgersi contemporaneamente a numerose persone. Riportiamo qui di seguito alcuni semplici suggerimenti per chi intenda tenere una lezione.

- *Controllate i sussidi e gli strumenti che occorrono.* Accertatevi che la sede dove dovete parlare sia idonea. Il giorno della lezione arrivate in tempo utile in modo da poter verificare che tutto sia pronto e che funzioni correttamente. Se si tratta di una sala di grandi dimensioni servirà un adeguato impianto di amplificazione. Se avete preparato dei lucidi o delle diapositive da proiettare, occorrerà accertarsi che presso la sede ove avrà luogo la lezione sia disponibile una lavagna luminosa o un proiettore per diapositive ed uno schermo di dimensioni adeguate (o, in alternativa, una parete bianca) ove proiettare le immagini.
- *Preparare l'introduzione.* Cominciate la vostra lezione con una breve introduzione che - con poche e semplici parole - aiuti i destinatari a capire qual è lo scopo dell'incontro e l'argomento che sarà approfondito durante la lezione.
- *Preparate una traccia scritta.* E' preferibile parlare seguendo alcune note scritte, o perlomeno avendo sottomano uno schema che riassume i principali concetti che intendete comunicare e l'ordine in cui dovranno essere affrontati. Ciò non significa che si debba esporre leggendo. Tutt'altro. A meno che non siate oratori eccezionali, in genere una lezione condotta leggendo è quanto di più piatto e noioso si possa incontrare, non solo perché l'intonazione della voce di chi legge è in genere assai più monotona di quella che normalmente viene adottata durante la conversazione, ma anche perché la lettura finisce per impedire quel contatto visivo con gli interlocutori che contribuisce a tenere alta la loro attenzione. Alcuni passaggi principali del vostro discorso possono essere utilmente tradotti in semplici schemi da presentarsi su lucido mediante una lavagna luminosa. Ciò non aiuterà solamente chi vi ascolta ad inquadrare correttamente il vostro percorso concettuale, ma sarà di aiuto anche a chi parla per non dimenticare nulla di ciò che ritenete importante.
- *Preparare i punti chiave.* Scegliete i punti chiave principali da illustrare (non più di tre o quattro) e costruite la lezione attorno a questi, arricchendo l'esposizione con esempi tratti dalla vostra esperienza, da ricerche, da notizie di cronaca, e così via.
- *Prevedete come concludere.* E' meglio prevedere come concludere la lezione, per evitare di chiudere affrettatamente o dimenticare qualcosa.
- *Chiedere se ci sono domande.* Al termine della vostra esposizione è utile prevedere uno spazio per domande e risposte: ciò vi darà modo di conoscere subito eventuali passaggi o concetti che sono stati fraintesi, offrendo nel medesimo tempo al pubblico la possibilità di partecipare.

7.2. Tecniche per un'azione educativa a un paziente

Molti studi hanno dimostrato che il paziente vuole informazioni, ma ha difficoltà a comprenderle e ricordarle. Altre ricerche hanno dimostrato che solo la metà dei pazienti con trattamenti a lungo termine assume la terapia prescritta.

Le ragioni alla base di questi apparenti fallimenti sono numerose e spesso assai diverse tra loro, ma sembra ragionevole supporre che parte della responsabilità stia nel modo stesso in cui si danno

informazioni, istruzioni e consigli ai pazienti.

Spesso le circostanze sono tutt'altro che ideali, perché i pazienti sono ansiosi o sofferenti, o ancora perché dietro le loro richieste di informazioni vi è la speranza di sentire confermate le loro convinzioni o il desiderio di sentirsi dire cose diverse da quelle che ci apprestiamo a comunicare loro. Inoltre, il tempo a nostra disposizione per dare le informazioni - per esempio un reparto molto affollato o in un ambulatorio - è sempre molto scarso, per questo è fondamentale informare nel modo più chiaro e comprensibile possibile.

Si possono usare particolari tecniche nell'educazione al paziente. Eccone qualcuna:

- *Dite le cose importanti per prime.* I pazienti ricordano più facilmente quello che si dice all'inizio; pertanto, se è possibile, date i consigli e le istruzioni importanti per prime.
- *Date consigli precisi e mirati.* Ecco a questo proposito qualche utile suggerimento di cui tenere conto :
 - evitare di dire troppo in una volta sola;
 - se le informazioni o le indicazioni da dare sono molte, è meglio prevedere la possibilità di affiancare alla comunicazione verbale anche volantini, opuscoli o istruzioni scritte che il paziente può rileggere e consultare in qualsiasi momento;
 - evitare di usare una terminologia tecnica e frasi lunghe (il termine «cavo orale», ad esempio, può essere efficacemente sostituito con la parola «bocca», aumentando la possibilità di essere compresi senza essere fraintesi);
 - assicurarsi che le informazioni siano davvero importanti e realistiche rispetto alla situazione del paziente;
 - ottenere un feedback dal paziente per assicurarsi che abbia veramente capito.
- Se il vostro scopo è quello di migliorare qualche abilità pratica dell'utente o, più semplicemente, di addestrarlo all'impiego corretto di un ausilio o di una procedura, è più efficace un approccio a tre stadi:
 - dimostrare (far vedere al paziente come si fa),
 - far ripetere (chiedere al paziente di elencare a voce le cose da fare),
 - far esercitare (chiedere al paziente di provare ad eseguire sotto i nostri occhi le cose da fare).Ciascuno ha i suoi tempi di apprendimento e ha bisogno di acquisire sicurezza ad ogni fase, per questo motivo l'insegnamento di tecniche richiede tempo e pazienza.

7.3. Strategie per aumentare la consapevolezza, chiarire i valori, cambiare gli atteggiamenti

Molte iniziative di educazione sanitaria aspirano a rendere le persone capaci di analizzare criticamente principi e credenze per costruire un proprio sistema di valori. Questo processo inizia con lo sviluppo di una maggiore consapevolezza riguardo alla propria salute e continua attraverso una chiarificazione dei propri valori e interessi, finché questi diventano un aspetto importante del comportamento di ogni persona.

Per realizzare tutto questo occorre però prevedere un cambiamento degli atteggiamenti. A tal fine esistono alcune strategie utili, parte delle quali vengono utilizzate in particolare nel lavoro con gruppi,

ma anche con i singoli utenti.

La chiarificazione dei valori

Chiarificare i valori dei destinatari significa stimolarli ad analizzare in profondità le proprie convinzioni ed opinioni su un certo argomento o problema di salute, spingendoli a definire le priorità, cioè a distinguere l'importanza relativa che ciascuno attribuisce ai differenti aspetti del medesimo problema. Per esempio, invitando un gruppo di persone a scambiarsi idee e convinzioni riguardo a «cosa significa *star bene* per voi», si sollecita i destinatari a divenire più consapevoli delle priorità che essi attribuiscono alle diverse possibili dimensioni del concetto di «salute», aiutando in questo modo i destinatari a chiarire il quadro personale di valori che sostiene il concetto di salute a cui ciascuno fa implicitamente riferimento.

Il metodo delle tesi opposte

Un'altra modalità utilizzabile per aiutare i destinatari a chiarire i propri valori e le proprie priorità su di un particolare argomento consiste nel ricorso al cosiddetto *metodo delle tesi opposte* (o *del contraddittorio*). Esso consiste nello stimolare un piccolo gruppo di discussione a far emergere e porre a confronto più punti di vista, anche estremamente differenti tra loro. Per la domanda «Fare un po' di *footing* secondo voi è una cosa buona?», alcune tra le tesi opposte potrebbero essere ad esempio «Correre potrebbe essere pericoloso, solo un atleta ben allenato dovrebbe farlo» e «Correre fa bene alla salute e tutte le persone dovrebbero farlo per essere in forma».

Il conduttore del gruppo dovrebbe gestire le diverse tesi, avvalendosi di articoli o scritti che lo sostengono. Egli può anche invitare i destinatari a lavorare a coppie, in cui ciascun componente della coppia deve comportarsi per tutta la durata dell'esercizio come se avesse assunto completamente uno dei due punti di vista a confronto, indipendentemente dalle proprie opinioni personali. Inizialmente ciascuna persona scrive tutti gli argomenti a favore della tesi che si è assunto l'incarico di rappresentare, senza discuterne con il suo compagno, e dopo qualche minuto è invitato a sostenere la propria opinione per 15 minuti. Il leader fa un elenco delle diverse posizioni che ciascuna coppia ha espresso, quindi chiede al gruppo di commentarle e discuterle. In questo modo i componenti del gruppo hanno modo di prendere in considerazione la gamma completa dei diversi punti di vista. E questo permette la comprensione delle opinioni altrui, la tolleranza delle differenze, la chiarificazione dei propri valori, oltre all'opportunità di considerare l'argomento trattato sotto una nuova luce.

Una variante della tecnica sopradescritta (conosciuta anche come *gioco del «da che parte si sta»*), prevede che il conduttore presenti due opinioni estreme e contrastanti, e chieda al gruppo di immaginare che possano essere rappresentate da due punti, A e B, posti alle estremità di una linea ideale tracciata sul pavimento. Ciascun partecipante viene quindi invitato a collocarsi lungo questa linea, nel punto che meglio rappresenta la distanza della propria opinione rispetto ai due estremi. Il leader chiede a ciascuno, mentre prende posizione, di esprimere il proprio punto di vista e agli altri di non interrompere o commentare finché ciascuno non abbia motivato la propria posizione o di tacere se scelgono di non partecipare.

I giochi di ruolo (role-playing)

Si tratta di una tecnica di animazione di gruppo particolarmente coinvolgente ed efficace, utilizzata in una infinità di varianti ed in contesti molto differenti. Nelle sue linee essenziali, questa tecnica consiste nell'invitare i diversi membri del gruppo a simulare una situazione (es.: un incontro tra amici, una discussione in famiglia, un incontro tra paziente ed operatore sanitario, ecc...). I diversi membri del

gruppo interpretano ciascuno una diversa parte tra quelle in gioco, assumendone il ruolo e comportandosi come farebbe il proprio personaggio nella medesima situazione, sforzandosi di identificarsi in esso e di comprendere come ci si sente nei panni del personaggio interpretato.

Analizzare la sfera dei valori e dei comportamenti suscita forte emotività; pertanto la decisione di ricorrere a tecniche quali il *role-playing* va valutata con estrema attenzione e, per utilizzarla proficuamente come metodo di apprendimento, occorre essere stati formati a farlo ed avere esperienza. Alcuni punti da ricordare sono:

- spiegare chiaramente ciò che si vuole fare, assicurandosi che tutti abbiano capito a cosa serve l'esercitazione e quali sono i compiti assegnati;
- sottolineare che si è liberi di non partecipare;
- assicurarsi che vi sia un'atmosfera di fiducia, in modo che i partecipanti si sentano liberi e sicuri per esprimere il loro punto di vista;
- il conduttore, se intende esprimere anche il proprio parere, lo potrà fare solamente alla fine, dopo che i partecipanti del gruppo hanno avuto la possibilità di pensare da soli;
- prima di lasciare il gruppo, il leader del gruppo dovrebbe assicurarsi che tutti abbiano tempo di dire ciò che provano e che sia data la possibilità di discuterne.

7.4. Come favorire l'assunzione di decisioni

Gli operatori sanitari si trovano spesso ad interagire con persone che devono compiere scelte importanti per la propria salute: ad esempio, scegliere a quale tipo di trattamento sottoporsi, oppure decidere se intervenire o lasciare che le cose seguano il proprio decorso naturale.

La decisione finale spetta naturalmente all'utente, ma l'operatore può aiutarlo, accompagnandolo attraverso le diverse fasi della decisione, ponendo domande e dando informazioni importanti.

Prendere decisioni, cioè scegliere tra opzioni alternative, è un processo molto complesso e prevede che gli utenti riescano a:

- definire la propria situazione o problema (non solo in termini razionali, ma anche sul piano delle emozioni e dei sentimenti personali collegati alla propria situazione problematica);
- stabilire gli obiettivi, cioè ciò che si auspica di ottenere;
- proporre alternative per raggiungere gli obiettivi;
- valutare i pro e i contro, i costi ed i benefici, delle diverse alternative;
- decidere qual è la migliore o la più vantaggiosa.

7.5. Come stimolare una modificazione nei comportamenti

Non è sempre facile tradurre in comportamenti ed abitudini una scelta compiuta sulla base dei propri valori.

Esistono numerose tecniche e metodi finalizzati a stimolare e sostenere la modificazione di alcuni aspetti del comportamento. Fra questi:

L'autocontrollo del comportamento

Si può realizzare ad esempio attraverso la registrazione dettagliata e precisa, spesso sotto forma di

diario, del comportamento che si intende cambiare. L'obiettivo è quello di aiutare le persone ad analizzare il proprio schema di comportamento per essere consapevoli di quanto stanno facendo: è il punto di partenza per acquisire l'autocontrollo. Il diario costituisce una traccia sulla quale registrare i progressi.

Controllare il proprio comportamento significa rispondere a domande quali:

- Con quale frequenza si manifesta il problema?
- In concomitanza col verificarsi del problema, cosa sta accadendo esternamente (ambiente) o nell'intimo (pensieri o sensazioni)?
- Quale evento scatena il manifestarsi del problema?
- Cosa succede dopo: quali conseguenze?

L'analisi di costi, vantaggi e gratificazioni

Cambiare il proprio comportamento può avere dei costi anche considerevoli (concreti o soggettivi, effettivi o semplicemente percepiti): modificare alcune abitudini riguardanti ad esempio il fumo, l'alcool, l'alimentazione, ecc... comporta costi anche considerevoli (in primo luogo come rinuncia ad una fonte piacere). Dato che i benefici che possono discendere da tale rinuncia spesso non sono altrettanto evidenti, immediati e percepibili, la persona interessata può essere aiutata stimolandola a prestare continuamente la dovuta attenzione alle ripercussioni positive che altrimenti potrebbero sfuggire, cioè creando in tal modo un sistema di autogratificazione. Alcuni vantaggi, infatti, possono essere immediati: un percepibile miglioramento delle condizioni di salute, un allargamento dei propri spazi di autonomia, un miglioramento delle relazioni con gli altri...

Stabilire obiettivi realistici e far percepire i progressi

Per valutare il progresso, e soprattutto per far sì che il nostro interlocutore lo percepisca traendone gratificazione, occorre registrare i comportamenti e valutare le tappe raggiunte con precisione. Generalmente, quando il "nuovo" comportamento è stato già adottato da almeno da due o tre settimane, sono utili anche valutazioni su periodi più brevi.

Se non si raggiunge l'obiettivo, si devono cercare le cause ed eventualmente correggersi:

- L'obiettivo è troppo complesso? Dovrebbe essere rivisto?
- Le gratificazioni sono troppo lontane? Esiste qualche altra fonte di gratificazione immediata e percepibile, in grado di motivare maggiormente?
- Vi è stato un evento imprevisto o una malattia? Se è così, occorre incoraggiare e continuare a considerare l'ostacolo come un'esperienza di apprendimento.
- Le altre persone non aiutano? Occorre forse mettere in atto più meccanismi di difesa contro l'influenza negativa da parte degli altri?

Condividere successi e difficoltà

Cambiare comportamento significa affrontare numerose difficoltà, almeno finché non lo si è acquisito. Confrontare le proprie idee, i propri sentimenti, i propri problemi (ma anche i propri successi) con un gruppo, imparando così anche che cosa aiuta gli altri, può risultare una strategia utile.

La modificazione di comportamento dell'utente dipende anche dal modo di porsi di chi lo aiuta. In altre parole: le persone sono più disponibili a cambiare se l'operatore sanitario - anziché assumere il ruolo del predicatore o del controllore - si mostra in grado di comprendere, impara a vedere le cose dal loro punto di vista e accetta i loro valori.

Creare condizioni ambientali favorevoli alle scelte orientate alla salute

Le persone non compiono scelte di salute a caso, ma nel contesto del proprio ambiente, con le inevitabili pressioni e influenze che questo esercita nel favorire od ostacolare il compiersi di ogni scelta di cambiamento. Alcuni esempi: la presenza di piste ciclabili rende più facile usare la bicicletta, così come la presenza di contenitori per rifiuti invoglia a tenere la città più pulita o il divieto di fumare negli ambienti pubblici aiuta la gente ad astenersi dall'accendere una sigaretta. Pertanto si devono sostenere scelte politiche corrette che creano le condizioni per comportamenti più sani.

Prevedere i tempi di cambiamento

I cambiamenti di comportamento prevedono spesso tempi medio-lunghi ed è poco probabile che un singolo incontro di educazione alla salute o una singola lezione possano aspirare a raggiungere subito tale risultato. E' di fondamentale importanza la cosiddetta attività di *follow-up*: ad esempio, seguire nel tempo gruppi di persone che hanno smesso di fumare, con incontri sistematici, può risultare di estrema efficacia.

7.6. Lavorare con la popolazione: le campagne di educazione alla salute

Le campagne si incentrano su particolari problemi, possono essere organizzate in risposta ad un bisogno espresso o per aumentare la consapevolezza della popolazione su alcuni problemi. Talvolta le campagne vengono organizzate su piccola scala, ma ne esistono molti esempi a livello nazionale oppure organizzate e realizzate dagli operatori con grossi finanziamenti anche pubblici.

Ecco alcune raccomandazioni per condurre una campagna sanitaria efficace su una vasta popolazione:

- Avviare una ricerca estesa e sistematica sulle comunità, prima di programmare la campagna, assicura che questa risponda veramente ai bisogni di salute della popolazione, tenga conto delle sue opinioni, valori, atteggiamenti e abitudini. Per esempio, è fondamentale stabilire quali sono le abitudini di consumo di alcool: una campagna di educazione contro l'abuso di superalcolici è irrilevante se si tratta di una comunità che beve prevalentemente birra.
- Istituire i servizi di sostegno prima di iniziare la campagna. Centri di consulenza sul consumo di alcool, per esempio, dovrebbero avere a disposizione personale preparato prima che la pubblicità, tramite i mass-media, faccia aumentare le richieste di informazioni e di counselling.
- Prevedere modalità per il monitoraggio e la valutazione sin dal momento della pianificazione iniziale. E' un momento che non deve essere lasciato alla fine, quando i dati di base per un confronto non sono più disponibili.
- Formare e aggiornare gli operatori sanitari coinvolti nell'attività, in quanto possono essere gli operatori chiave per un primo contatto con il pubblico.
- Garantire canali di comunicazione efficaci tra le persone interessate; il coordinatore della campagna deve avere un ruolo chiave per stabilire e mantenere questi contatti.
- Definire con chiarezza e precisione i ruoli e le funzioni per tutti coloro che partecipano e fanno parte dell'organizzazione.

8. Organismi e operatori che intervengono nella promozione della salute

Organizzazioni Internazionali

Il principale organismo internazionale in tema di salute pubblica è senza dubbio l'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità). L'OMS promuove e sostiene ricerche, dibattiti, confronti, ed assolve ad una funzione di stimolo nei confronti delle politiche sanitarie nazionali e sulla messa a punto di strategie, perché la salute non dipende soltanto dalla disponibilità di mezzi tecnici, ma anche dalle scelte politiche. L'OMS non deve essere considerata come una autorità sanitaria sovranazionale, bensì come un organismo intergovernativo che fornisce assistenza tecnica ai governi degli stati membri solo dietro loro richiesta e secondo modalità stabilite dall'assemblea mondiale dell'O.M.S.

Nel 1977 l'O.M.S. ha stabilito un grande traguardo generale tradotto nello slogan «la salute per tutti nell'anno 2000». Per il raggiungimento di questa finalità, trentadue stati europei membri dell'OMS nel 1980 hanno definito 38 diversi obiettivi per l'area europea, impegnandosi a realizzare una politica comune ispirata al principio della salute per tutti, da attuarsi entro scadenze prefissate.

LA SALUTE PER TUTTI NELL'ANNO 2000: I 38 OBIETTIVI DELL'O.M.S. PER L'AREA EUROPEA



1. Ridurre le disuguaglianze nei confronti dei problemi della salute.
2. Promuovere tutte le possibilità di vita sana.
3. Vita migliore per gli handicappati.
4. Per l'anno 2000 si dovrebbe aumentare almeno del 10% il numero di anni che le persone trascorrono senza malattie o incapacità di notevole grado.
5. Per l'anno 2000 non dovrebbero più verificarsi nella Regione Europea casi autoctoni di morbillo, poliomielite, tetano, tetano neonatale, rosolia congenita, difterite, sifilide congenita e malaria.
6. Prima dell'anno 2000 si dovrebbe ottenere nella Regione Europea che la speranza di vita alla nascita sia almeno di 75 anni.
7. Prima dell'anno 2000 si deve ridurre nella Regione Europea la mortalità infantile al di sotto di 20 per 1000 nati vivi (in Italia nel 1984 è stata di 11,6 per 1000 nati vivi).
8. Prima dell'anno 2000 la mortalità materna nella Regione Europea deve essere portata al di sotto di 15 per 100.000 nati vivi (in Italia il tasso è stato per il 1983 di 9,8).
9. Prima dell'anno 2000 nella Regione Europea la mortalità per malattia dell'apparato circolatorio negli individui di età inferiore ai 65 anni deve essere ridotta almeno del 15%.
10. Prima dell'anno 2000 nella Regione Europea si deve ridurre negli individui di età inferiore ai 65 anni la mortalità per tumori almeno del 15%.
11. Prima dell'anno 2000 nella Regione Europea le morti dovute ad incidenti dovrebbero essere ridotte di almeno il 25% intensificando gli sforzi per diminuire gli incidenti del traffico, domestici e del lavoro.
12. Inversione della tendenza all'aumento dei suicidi e tentati suicidi.
13. Scelta ad una politica pubblica conforme agli imperativi della sanità.
14. Per 1990 gli Stati membri dovrebbero avere programmi specifici per valorizzare maggiormente i ruoli della famiglia e degli altri gruppi sociali nello sviluppo e sostegno di stili di vita sani.

15. Per il 1990, tutti gli Stati membri devono aver diffuso tra le loro popolazioni, mediante azioni educative appropriate, le conoscenze, i comportamenti e le motivazioni necessarie per l'acquisizione e la conservazione della salute.
16. Promozione di comportamenti positivi per la salute, particolarmente per alimentazione, astensione dal fumo, attività fisica e buona gestione degli stress.
17. Ridurre i comportamenti pregiudizievoli per la salute, specialmente: abuso di alcool, farmaci, droghe, sostanze chimiche, nonché guida pericolosa e comportamenti violenti.
18. Adozione di politiche multisettoriali per proteggere l'ambiente.
19. Sorvegliare, valutare e limitare i rischi ambientali.
20. Approvvigionamento di acqua sufficiente e potabile e diminuzione dell'inquinamento delle acque.
21. Protezione delle popolazioni dall'inquinamento dell'aria.
22. Miglioramento dell'igiene degli alimenti.
23. Per il 1995 tutti gli Stati membri devono sopprimere i principali rischi per la salute riconosciuti come connessi alla eliminazione di rifiuti pericolosi.
24. Disponibilità di abitazioni e agglomerati urbani più sani e sicuri.
25. Protezione efficace dai rischi connessi con il lavoro.
26. Per il 1990, tutti gli Stati membri debbono aver istituito, grazie ad una rappresentanza effettiva della comunità, sistemi sanitari fondati sull'assistenza sanitaria di base (o primaria), sostenuta dall'assistenza sanitaria secondaria e terziaria, secondo lo schema definito nella conferenza OMS di Alma-Ata.
27. Adozione di una distribuzione razionale e preferenziale delle risorse destinate alla sanità per fornire servizi strutturalmente, economicamente e culturalmente accetti alla popolazione.
28. Per il 1990, il sistema di assistenza sanitaria di base di tutti gli Stati membri deve assicurare una larga gamma di servizi di promozione della salute, di cura, di riabilitazione e di sostegno per rispondere alle necessità sanitarie essenziali, delle popolazioni riferendosi particolarmente agli individui e gruppi ad alto rischio, vulnerabili e meno assistiti.
29. Cooperazione, per le prestazioni dell'assistenza sanitaria di base, tra operatori sanitari, individui, famiglie e gruppi comunitari.
30. Coordinamento delle risorse comunitarie per l'assistenza sanitaria di base.
31. Istituzione di meccanismi efficaci per assicurare la qualità dei servizi sanitari.
32. Per il 1990, tutti gli Stati membri devono aver formulato una strategia della ricerca per stimolare studi aventi lo scopo di applicare ed aumentare le conoscenze necessarie a sostenere le attività in favore della "salute per tutti".
33. Per il 1990, tutti gli Stati membri devono assicurarsi che le loro politiche e strategie sanitarie siano in accordo con i principi della "salute per tutti" e che i testi legislativi e regolamentari nazionali ne rendano effettiva applicazione in tutti i settori della società.
34. Adozione di un sistema di programmazione e gestione che implichi la partecipazione delle comunità ed una destinazione preferenziale delle risorse allo sviluppo sanitario.
35. Istituzione di un sistema di informazione sanitaria adeguato.
36. Pianificazione, formazione ed utilizzazione del personale sanitario conformemente alla politica della "salute per tutti".
37. Disponibilità per il personale sanitario e dei settori connessi, di formazione ed informazione sanitaria adeguate.
38. Istituzione di meccanismi ufficiali adeguati per una valutazione della tecnologia sanitaria.

Il livello governativo nazionale

Allo Stato sono affidate funzioni di indirizzo e coordinamento. Con la legge 833 (Legge di Riforma Sanitaria) del 23 dicembre 1978 è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). E' compito

dello Stato attuare il Servizio Sanitario Nazionale con le Regioni e con gli enti territoriali locali.

La legge 833 considera l'educazione sanitaria il primo degli obiettivi del SSN: essa infatti assume come primo obiettivo «la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità» (art. 2). Ma anche nell'enunciazione dei successivi obiettivi si evidenzia una grande attenzione alla prevenzione e alla promozione della salute. Nei decreti legislativi successivi sulla riorganizzazione del SSN non viene esplicitamente ripresa e riaffermata la centralità della promozione della salute, ma questo non significa che gli obiettivi affermati dalla 833 non rimangano in vigore. Solo nell'articolo 14 del Decreto 502 (del 1992) e 517 (del 1994) che parla dei diritti dei cittadini-utenti si parla di formazione che sembra, tuttavia, più orientata a far conoscere quanto e come agiscono i servizi, che a conferire al cittadino competenze per promuovere e proteggere la propria salute.

Le competenze sono così suddivise:

Lo Stato determina gli obiettivi della programmazione sanitaria, nell'ambito della programmazione economica nazionale. L'autorità di riferimento è il Ministero della Sanità.

Per quanto riguarda l'educazione alla salute anche altri ministeri, come quello della Pubblica Istruzione o dell'Ambiente, hanno interesse, competenze e responsabilità per svolgere interventi di educazione alla salute. Ricordiamo, ad esempio, alcune iniziative promosse direttamente dal Ministero della Sanità, come le campagne nazionali contro il fumo di tabacco, contro la droga e più recentemente contro l'AIDS .

I Provveditorati agli Studi, organi periferici provinciali del Ministero della Pubblica Istruzione, dispongono di un proprio Ufficio per l'Educazione alla Salute, a cui spetta la funzione di coordinare e promuovere le iniziative realizzate a livello di tutti gli istituti e scuole di ogni ordine e grado. Come articolazione periferica del Ministero dell'Interno, anche le Prefetture hanno compiti di promozione di iniziative nei confronti della popolazione, soprattutto per quanto attiene alla protezione civile.

Altri organismi a livello nazionale, espressione di Ministeri o di altre agenzie autonome, esercitano funzione di approfondimento e di orientamento della popolazione in materie diverse, tutte concorrenti a favorire l'educazione alla salute: il Consiglio Sanitario Nazionale, l'Istituto Superiore di Sanità, il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), ecc....

Il livello regionale

Le Regioni hanno compiti di legislazione, di indirizzo e di programmazione degli interventi sul loro territorio. Alle Regioni compete la formulazione dei Piani Sanitari Regionali, di durata triennale, in base alle indicazioni espresse a livello nazionale.

Nell'ambito dell'educazione sanitaria svolgono funzioni di programmazione generale, di riferimento tecnico-metodologico ed effettuano specifici interventi su particolari problemi. Ciò è particolarmente importante in considerazione del fatto che in sede regionale affluiscono e vengono elaborati i dati epidemiologici provenienti dalla rilevazione da parte delle USL.

Le Aziende Sanitarie Locali

Le Aziende Sanitarie Locali (ASL) costituiscono la struttura fondamentale di erogazione delle prestazioni sanitarie e svolgono specifici interventi di educazione e orientamento alla salute.

L'educazione sanitaria è una funzione che viene esercitata dalle équipes dei distretti, in cui si articola l'ASL. Il modello di organizzazione dell'educazione sanitaria prevede la conduzione di attività educative integrate (tra i servizi) ed intersettoriali (con istituzioni e organizzazioni esterne alla ASL). Le azioni di educazione sanitaria rappresentano quindi un compito di tutti i servizi della ASL.

Gli Enti Locali

Le Amministrazioni Comunali e Provinciali formano il tessuto istituzionale più a diretto contatto con i cittadini, con competenze di gestione diretta del proprio territorio sulla base delle normative e secondo le risorse che lo Stato e le Regioni loro attribuiscono. Con le loro iniziative di tutela del territorio e della popolazione e anche con l'assunzione di specifici interventi di educazione e orientamento alla salute, sono elemento indispensabile per qualsiasi azione rivolta alla tutela del cittadino e del territorio nel suo complesso.

L'Associazionismo di qualsiasi natura e con qualsiasi obiettivo ha una funzione primaria, come espressione di libera e democratica attività dei cittadini, sia per obiettivi del tutto privati che per svolgere azioni di tutela, di assistenza e di affermazione di determinati valori.

L'infermiere professionale e l'educazione sanitaria

Un ruolo preminente è sicuramente giocato dall'infermiere professionale, sia in ospedale che a domicilio.

- *In ambito ospedaliero* l'educazione sanitaria presenta peculiarità indiscutibili rispetto ai soggetti, ai contenuti e ai metodi. Essa comprende, ad esempio, tutte le iniziative realizzate per favorire e sostenere la *compliance* (collaborazione) del paziente, sia in termini di terapia che di riabilitazione e una parte di informazione connessa al diritto dei pazienti di conoscere ciò che viene loro praticato.

L'ospedale è la struttura che oggi impegna la maggior parte del personale infermieristico. L'attività educativa dell'infermiere può portare un contributo assai notevole all'efficacia dei trattamenti nel periodo della degenza e all'evoluzione delle condizioni sanitarie del paziente dopo la dimissione.

Infatti, quanto più il malato viene aiutato a rendersi conto delle caratteristiche della malattia che lo ha colpito e degli scopi che si propone il trattamento, tanto più potrà collaborare al buon esito di questo, contribuendo con il proprio comportamento ad accelerare il superamento della malattia stessa. Egli, inoltre, potrà rendersi anche conto delle eventuali cause comportamentali ed ambientali che hanno contribuito a farlo ammalare, e quindi delle possibilità che gli si offrono per l'avvenire per non ricadere o, quanto meno, per non aggravare le sue condizioni di salute.

Inoltre sono molto importanti i contatti che l'infermiere avrà realizzato nel periodo di degenza con i familiari del malato, informandoli adeguatamente, in modo che questi possano assumere successivamente la loro parte di responsabilità per il buon esito del decorso.

L'ospedale è una istituzione sanitaria che può, per competenza, prendersi il carico della diffusione di informazioni sanitarie, sia a livello di degenza che di poliambulatori. Ad esempio gli ambulatori per diabetici o cardiopatici dovrebbero essere in gran parte unità di educazione sanitaria.

- *Nel Distretto socio-sanitario di Base* la funzione infermieristica e con essa l'azione educativa raggiunge il massimo della sua importanza, autonomia e possibilità di iniziativa personale. E' sul territorio, dove la popolazione vive e lavora, che è possibile stabilire un rapporto permanente fra cittadino e servizi sanitari (e sociali) e ottenere anche la partecipazione e la responsabilizzazione della popolazione alla difesa della salute.

All'infermiere può essere affidato il raccordo capillare ed il contatto continuo con le famiglie e con i singoli cittadini e, soprattutto, con quelli che tra essi che più abbisognano di assistenza, come i bambini, le gestanti, gli anziani, gli inabili.

Nel territorio, l'intervento educativo non si realizza solo nei contatti individuali con i singoli pazienti

negli ambulatori, ma può riguardare - di concerto con l'équipe distrettuale - veri propri progetti di educazione sanitaria rivolti a particolari gruppi di popolazione nei confronti di problemi emergenti



Cosa leggere per saperne di più

Per coloro che intendessero approfondire ulteriormente i temi della promozione della salute e dell'educazione sanitaria nei suoi vari aspetti, vengono offerti qui di seguito alcuni riferimenti bibliografici.

Tutte le opere elencate sono disponibili per eventuali consultazioni e prestiti presso il *Centro Servizi e Documentazione in Educazione Sanitaria* delle Azienda Sanitaria Locale di Mantova (Viale Piave, 28 - Mantova ☎ 0376-334031).

Concetto di «salute» e promozione della salute

- ARDIGÒ A., *Società e salute*, Angeli, Milano, 1997.
- AUTORI VARI, *Territori di salute. Modelli, esperienze e ricerche sulla promozione della salute*, Primerano, Roma, 1995.
- AUTORI VARI, *Salute e stile di vita*, Edizioni Erickson, Trento, 1992.
- BASAGLIA ONGARO F., *Salute/Malattia*, Einaudi, Torino, 1986.
- BERTINI M., *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988.
- BIOCCA M. e altri, *Promozione della salute e sanità pubblica*, Angeli, Milano, 1997.
- BLOOM M., *Primary prevention practices*, Sage Publications, London, 1996
- BRIZIARELLI L., MANFRONI M.R., *Per una cultura della salute*, Bulzoni, Roma, 1991.
- DONATI P., *Infanzia e salute*, Angeli, Milano, 1983.
- DONATI P., *Salute e complessità sociale*, Angeli, Milano, 1986.
- DONATI P., *Salute, famiglia e decentramento dei servizi*, Angeli, Milano, 1988.
- EGGER G., SPARK R., LAWSON J., *Health promotion: strategies and methods*, McGraw-Hill, Sidney, 1990.
- EWLES L., SIMNETT I., *Promozione della salute*, Sorbona, Milano, 1992.
- GARATTINI S., CHIABERGE R., *Scoppiare di salute. Miti e pregiudizi del consumismo salutista*, Rizzoli, Milano, 1992
- INGROSSO M., *Ecologia sociale e salute*, Angeli, Milano 1994.
- INGROSSO M., *La salute come costruzione sociale*, Angeli, Milano, 1994.

INGROSSO M., MONTUSCHI F., SPINSANTI S., *Salute/Malattia. Etica e cultura del benessere*, Cittadella, Assisi, 1996.

MODOLO M.A. e altri, *Almanacco della salute. Strategia della salute per tutti nell'anno 2000*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1986.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Promozione della salute*, Centro Informazione Sanitaria, Milano, 1987.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, Provincia Autonoma di Trento, Trento, 1996.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *La strategia della salute per tutti*, Provincia Autonoma di Trento, Trento, 1997.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *La salute per tutti nel ventunesimo secolo*, Provincia Autonoma di Trento, Trento, 1997.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Le parole della salute. Sistema di informazione terminologica dell'O.M.S.*, Provincia Autonoma di Trento, Trento, 1998

STROEBE W., STROEBE M.S., *Psicologia sociale e salute*, McGraw-Hill Italia, Milano, 1997.

TOGNETTI BORDOGNA A., *I confini della salute*, Angeli, Milano, 1989.

Principi e metodi dell'educazione sanitaria

AUTORI VARI, *Educazione sanitaria in Europa*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1984

AUTORI VARI, *L'educazione sanitaria e il ruolo delle professioni infermieristiche*, Collegio Infermiere Professionali, Milano, 1981.

- AIELLO C., GEDDES M., *Che cos'è l'educazione sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.
- BARONIO V., *Principi e metodologia della educazione sanitaria*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1981.
- BASSETTI O., *Educare assistendo*, Rosini, Firenze, 1994.
- BECCASTRINI S., NANNICINI M. P., PIRAS G., *Pedagogia della salute. Saggio sull'educazione sanitaria*, Liguori, Napoli, 1991.
- BERT G., QUADRINO S., *Guadagnarsi la salute. Miti, realtà e prospettive dell'educazione sanitaria*, Editori Riuniti, Roma, 1986.
- CAIRO M.T., *Educazione alla salute. Soggetti e luoghi*, Vita e Pensiero, Milano, 1993.
- CAIRO M.T., *Persona e salute. Itinerari educativi*, La Scuola, Brescia, 1994.
- CATTANEO P., PANSERI G. (a cura di), *Salute e solidarietà: il ruolo e le funzioni delle istituzioni e delle associazioni di volontariato in educazione sanitaria*, IRSSAE Lombardia, Milano, 1989.
- CONTI L., *Imparare la salute. Educazione sanitaria e scuola*, Zanichelli, Bologna, 1983.
- CORRADIN ERLE H., *Metodologia dell'educazione sanitaria e sociologia della salute*, Ambrosiana, Milano, 1990.
- DE NATALE M.L., *La salute. Un impegno educativo in prospettiva interdisciplinare*, Cacucci, Bari, 1991.
- EWLES L., SIMNETT I., *Educazione alla salute. Una metodologia operativa*, Sorbona, Milano, 1989.
- FICARRA D., *L'educazione alla salute in occidente*, Laruffa, Reggio Calabria, 1987.
- KANIZSA S., *Pedagogia ospedaliera. L'operatore sanitario e l'assistenza al malato*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1989.
- LEPRE A., MAGISTRELLI A., *Educare alla salute*, La Nuova Italia, Firenze, 1989.
- LORIG K. e altri, *Outcome measures for health education and other health care interventions*, Sage Publications, London, 1996.
- MERENDA P., *Educazione alla salute e scuola*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1995.
- MINUSCOLI M. (a cura di), *Educare alla salute*, Regione Lombardia, Milano, 1985.
- MODOLO M.A., *Educazione sanitaria*, Rosini, Firenze, 1982.
- MODOLO M.A., *Educazione sanitaria e promozione della salute*, Rosini, Firenze, 1989.
- MODOLO M. A., SEPPILLI A., BRIZIARELLI L., FERRARI A., *Educazione sanitaria*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1981.
- PELLAI A., BIANCHI B., *Educare alla salute giocando*, Angeli, Milano, 1995.
- POZZI U., *L'educazione sanitaria nella scuola materna*, La Scuola, Brescia, 1970.
- RESCIGNO G., *Elementi di educazione sanitaria*, La Nuova Italia, Firenze, 1991.
- ROCCA A., *Educazione sanitaria. Riflessioni, approfondimenti, ricerche*, La Scuola, Brescia, 1981.
- SCHETTINI B., *Teoria e metodologia dell'educazione sanitaria*, Liguori, Napoli, 1992.
- TORRI B., TOGNONI G., *Bambini ed educazione sanitaria*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1982.
- VETERE C., *Educazione sanitaria. Teoria e pratica per operatori sanitari*, Armando, Roma, 1983.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Education for health*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Prototype action-oriented school health curriculum for primary school*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Promoting health through schools*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 1997.