

Cultura della salute intesa come prevenzione

Autor(en): **Luban-Plozza, Boris**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Quaderni grigionitaliani**

Band (Jahr): **62 (1993)**

Heft 1

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-48122>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Cultura della salute intesa come prevenzione

Educazione sanitaria: per imparare a difendere la nostra salute

«Il vero medico è lo stesso malato». Lo dicevano già gli antichi romani, ed è anche il principio basilare della moderna «Cultura della salute», esposto nel modello di Ascona, riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS). In questo modello il malato partecipa attivamente alla cura; è figura centrale e organizza attivamente la difesa della sua salute attraverso la comunicazione e la collaborazione con il medico. Come? Lo spiega in questo articolo il prof. dr. dr. h.c. Boris Luban-Plozza, presidente onorario dell'Unione Europea di Medicina Sociale.

Malati e dottori uniti: forza della nuova medicina

Se un tempo era difficile condurre una campagna seria, per esempio contro la malaria, senza la partecipazione attiva della popolazione, è oggi impensabile, senza di essa, una lotta efficace contro i rischi di malattia di ordine comportamentale e ambientale. Tutta l'educazione sanitaria moderna è ormai fondata sulla diffusione di una «cultura della salute» che ci deve impegnare come individui e come collettività. Negli ultimi decenni, grazie agli straordinari progressi realizzati dalla medicina nella lotta contro le malattie infettive e parassitarie e, correlativamente, ai progressi della chirurgia, si è diffusa una concezione di tutt'altro segno: si tende a delegare la difesa della salute agli operatori sanitari. In costoro – sempre più specializzati – si ripone la totale fiducia che riescano in breve tempo, come per magia, a farci evitare o superare tutti i rischi di malattia.

L'esperienza di questi anni ci ha dimostrato che la realtà, purtroppo, è complessa e spesso imprevedibile, che le malattie, una volta manifestatesi, spesso non sono «guaribili» (in senso assoluto), e che pertanto, se vogliamo difendere la salute, dobbiamo soprattutto prevenire l'insorgere della malattia. La prevenzione – oggi fortunatamente realizzabile per buona parte della patologia corrente – non può essere delegata a nessuno perché deve impegnare il *nostro* comportamento, individuale e collettivo. Essa richiede perciò la coscienza dei rischi e la consapevolezza dei rimedi. Da ciò la necessità inderogabile di diffondere la «cultura della salute». Anche se molto meno astrusa della cultura specificamente medica, è tutt'altro che ovvia in una società come la nostra, che genera rischi sanitari di ogni specie, in crescendo e su vastissima scala. Non solo.

Proprio il continuo moltiplicarsi di tali rischi impone l'aggiornamento mai interrotto di una cultura che non può dirsi acquisita.

Non c'è nessuna motivazione più valida per agire che essere personalmente coinvolto nel problema, dover combattere per la propria personale sopravvivenza. Però un interesse, se resta puramente individuale, non riesce ad assumere la dignità di fatto morale, a diventare un valore. Per fare il salto bisogna che io mi batta non solo per me, ma per tutti. Ed è questo che si realizza con il movimento associativo.

Nel movimento ogni singolo individuo pur agendo spronato dal suo bisogno, lotta insieme agli altri contro un comune nemico. In questo modo si fonde *con il gruppo*, prova un caldo sentimento di solidarietà. Si sente amato, appoggiato e, a sua volta, si prodiga per gli altri. Andando oltre se stesso, vince la paura e ottiene la serenità.

I movimenti che si battono per la salute, a differenza di quelli del passato, si alimentano della conoscenza e della scienza. La vecchia medicina teneva il malato nell'ignoranza. Essi, invece, hanno diffuso il principio etico secondo cui il malato deve essere sempre informato e cosciente. Perché deve pensare, deve collaborare. In compenso non è solo. Sa che tutti gli altri gli sono accanto, lottano con lui per vincere la sua malattia. Tutti insieme promuovono la ricerca scientifica, la fanno avanzare. Ogni malato partecipa alla ricerca come lo scienziato professionale. Non basta rivolgersi ai «*fattori di rischio*», vale a dire ai «nemici» della salute: falsa alimentazione, fumo, alcool, eccessiva sedentarietà ma anche continue tensioni intrafamiliari. È indispensabile conoscere, valutare, potenziare le forze di cui disponiamo, ciascuno di noi, per difenderci dai «nemici». Negli ultimi 100 anni, abbiamo raccolto una massa di dati su quei «nemici», ma non abbiamo compiuto progressi altrettanto notevoli nel conoscere a fondo e sviluppare le nostre capacità di resistenza. Perché, a parità di condizioni, lo stesso fattore di rischio provoca gravi effetti in un soggetto e non li provoca in un altro che vi è esposto nella stessa misura? Oppure: perché li provoca nel medesimo soggetto oggi mentre non li ha provocati fino a ieri?

Proprio questo si intende per «cultura della salute», ed è compito precipuo di un'educazione sanitaria che intenda veramente salvaguardare la salute con efficacia e razionalità. Se ciò vale per le collettività in cui evidenti minorazioni di vario genere indeboliscono di molto la difesa contro la maggior parte dei fattori di rischio, vale certamente anche per noi, che pur viviamo in condizioni incomparabilmente migliori. Ognuno per sé e come collettività, dobbiamo *imparare* a difendere meglio la nostra salute, conoscendo e fortificando le difese naturali che ci permettono di convivere sani con i fattori di rischio ineliminabili.

Una strategia per il mutamento

La comunicazione sociale costituisce, nel suo insieme, uno dei fenomeni sociali più difficili da studiare. Essa accompagna e regola tutte le attività sociali e tutti i processi che ne derivano. La sua complessità obbliga gli studiosi a impiegare tutti gli approcci disciplinari e interdisciplinari a disposizione. Ecco perché «il comunicare» è studiato dalla psicoanalisi, dalla psicolinguistica, dalla linguistica, dalla sociologia, dall'antropo-

gia culturale, dalla psichiatria, dalla neurologia, nonché da varie discipline e sottodiscipline più settoriali e specifiche.

Se, come sostiene Alessandro Seppilli, l'educazione sanitaria «è diretta a responsabilizzare gli individui ed i gruppi sociali nelle scelte comportamentali che hanno effetti sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività», è indubbio che individui e gruppi sociali sono chiamati a svolgere un ruolo attivo in un processo di comunicazione sempre sostanziato dalle indispensabili componenti di educazione sanitaria.

Se ciò viene a mancare, mi pare inevitabile che la domanda di salute si riduca a pura e semplice delega, con conseguente deresponsabilizzazione; o che venga posta lì dove può trovare una risposta, se non corretta in assoluto, per lo meno congeniale alle varie culture della salute e della malattia espresse dalla società industriale.

È su questo terreno che nasce l'esigenza di individuare le caratteristiche di un processo comunicativo adeguato, cioè pertinente agli obiettivi dell'educazione sanitaria, dunque caratterizzato da un diverso ruolo che in esso giocano i gruppi sociali ai quali si rivolgono gli operatori socio-sanitari, ruolo che io definisco partecipativo.

Per soddisfare quest'esigenza, è opportuno, in via preliminare, confrontare gli obiettivi della comunicazione pubblicitaria di massa con quelli dell'educazione sanitaria. Nel primo caso, lo scopo è vendere il prodotto: si tratta perciò di indurre all'acquisto dell'oggetto. Nel secondo caso, ci si prefigge di correggere abitudini sbagliate e di determinare comportamenti coerenti con la difesa e la promozione della salute. Come ognuno vede, sono obiettivi qualitativamente diversi, che comportano diverse modalità di comunicazione pubblicitaria. Se in un'ottica puramente commerciale basta persuadere la massaia con l'acquisto della lavastoviglie è per lei indispensabile, nell'ambito della pubblicità finalizzata all'educazione sanitaria occorre non solo suggerire *che cosa* «acquistare», ma soprattutto insegnare *come* usare il «prodotto». Infatti, nella prassi terapeutica l'uso pertinente e non pertinente di un farmaco è spesso decisivo per l'esito della terapia.

Il terapeuta si trova implicato, persona e funzione, nella tendenza a meglio comprendere l'ammalato, oltreché la malattia. L'acquisizione della scoperta che la «malattia stessa modifica la sua forma e la sua evoluzione in seguito alla relazione che si stabilisce fra il paziente e il suo medico» ha aperto la strada alla valutazione della virtù farmacologica del terapeuta. Il medico può diventare medicina.

Dice C.L. Cazzullo: «Il lavoro nel «gruppo Balint»¹ conduce a queste scoperte, introduce la dimensione dello psicologico nella relazione medico-paziente senza assorbire la corporeità nello psichico e senza escludere nel dialogo tra il medico e il paziente l'uso di messaggi corporei e strumentali. Il medico apprende che le tecniche manipolatorie non rendono in senso assoluto asimetrico il rapporto con il suo paziente, ma che esiste sempre la possibilità di stabilire e mantenere un dialogo sostanziato da comunicazioni verbali e non verbali...

Nell'*hic et nunc* della situazione in cui si realizza l'incontro tra il medico e il paziente, viene presentificato non solamente il passato biologico del malato ma anche la storia

¹ cfr. Incontri Internazionali di Ascona, fine aprile 1992

delle sue relazioni interpersonali. Le potenzialità riparative dell'atto medico trascendono i limiti convenzionali del soma ed includono la sfera psicologica. In realtà, ciò avviene in ogni caso. La novità è data dall'acquisizione nella *coscienza del medico della natura complessa del suo gesto*.

In tal modo modificato, l'atteggiamento del medico facilita il costituirsi di una relazione simmetrica. Il malato si sentirà *protagonista* nella riacquisizione della propria salute e nel dare una nuova configurazione ed un nuovo orientamento evolutivo alla sua malattia.

Ospedali e cliniche come centri di promovimento della salute

Gli ospedali stanno assumendo ruoli e funzioni di nuovo tipo. Diagnosi e terapia rimarranno certo fattori essenziali, ma contemporaneamente dovrà svilupparsi l'ospedale come centro di promovimento della salute e di educazione dei pazienti. Si può *prevenire* se si prende coscienza del proprio comportamento, se si riconoscono i fattori di rischio, se si impara a cambiare qualcosa nella propria vita. Come incoraggiare il singolo? Come educare alla prevenzione? Esistono oggi buone premesse «esterne» all'ospedale: le farmacie offrono la misurazione della pressione sanguigna.

Localmente o regionalmente, in collaborazione con varie associazioni, si organizzano riunioni per un'alimentazione equilibrata e sana. In qualche cantone si indice una giornata della salute, accanto alle giornate del malato, su scala nazionale, ogni prima domenica di marzo. L'esempio del concreto sostegno ai diabetici può fare scuola.

Come dovrà comportarsi l'ospedale in questa nuova situazione? Come rispondere alle nuove aspettative? Deve collaborare senza avere la pretesa di condurre e dirigere l'iniziativa, chiedersi quali servizi di sua competenza potrà offrire (consultazioni, analisi) e potenziarli. Dovrà soprattutto cercare la cooperazione con i medici della regione.

Per trasformare *il paziente* in figura centrale, è indispensabile coordinare gli sforzi all'«interno» come all'«esterno», stimolare e promuovere la sollecitazione e lo scambio sorretti da una tecnologia medica rispettosa della volontà di limitare i costi. È dunque di fondamentale importanza organizzare la difesa della salute con le modalità della collaborazione: per esempio, meno barriere interne ed esterne agli ospedali, più coordinazione e più sussidiarietà. I nostri pazienti diventeranno in tal modo più responsabili, vale a dire protagonisti della propria salute, e potranno meglio sostenere i nostri sforzi diagnostici e terapeutici.

All'Ospedale cantonale universitario di Ginevra, sotto il patrocinio dell'Organizzazione mondiale della sanità, si svolgono da anni dei «seminari per malati». qual'è il principio alla base di queste iniziative?

Un po' in tutti i casi – si può dire – il vero medico è lo stesso malato. Perciò se lo educiamo a conoscere il proprio male e le sue conseguenze, gli offriamo la migliore terapia. E possiamo orientare e influenzare anche i familiari, come avviene nei Gruppi Monte Verità, per il *modello di Ascona, riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS)*.

Anche nei nostri Ospedali si sono fatti notevolissimi sforzi in questo senso: tanto più

apprezzabili in quanto si compiono con l'ausilio di mezzi modesti, spesso grazie all'impegno volontario. La medicina moderna ci insegna che per guarire il malato deve partecipare attivamente alla cura. Ma bisogna – con il «terzo orecchio» – saper ascoltare il malato, mettersi sulla sua lunghezza d'onda. Dobbiamo spesso aiutarlo a scegliere la rotta e poi a tenere saldamente il timone della cura.

Bibliografia:

- *La famiglia psicosomatica*, con G. P. Magni
Piccin: Padova, 1981
- *Il medico come medicina*
Piccin: Padova, 1983
- *Erich Fromm*, con F. Cusimano
Puleio: Milano, 1984
- *Introduzione ai gruppi Balint*, con U. Pozzi
Piccin: Padova, 1985, 2^a ed.
(Prefazione Sir John Eccles, introduzione Herbert von Karajan)
- *Come convivere con lo stress*, con U. Pozzi
Soleverde: Torino, 1991, 2^a ed.
- *Il terzo orecchio: dalle forme dell'ascolto alla musicoterapia*
con M. Delli Ponti
Soleverde: Torino, 1991, 3^a ed.
- *Dinamica dei conflitti familiari*, con D. Ritschl
Armando: Roma, 1991
- *Il malato psicosomatico e la sua cura*
con W. Pöldinger e F. Kröger
Astrolabio: Roma, 1992, 4^a ed.
(anche in francese, tedesco, spagnolo, portoghese, inglese, russo, polacco, ungherese, giapponese)