

**Prevenire
è meglio...**



**Oggi per salute
si intende non solo
l'assenza di malattia,
ma anche equilibrio
tra i componenti
psicologiche e ambientali.
C'è sempre più
attenzione necessaria, quindi,
nell'educazione alla salute
e nei comportamenti corretti.
L'importanza di
una sana alimentazione.**

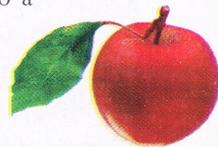
Paolo Bozzaro

nche se le cronache quotidiane sono spesso occupate da episodi di "malasanità" e il cittadino comune continua a pensare alle strutture ospedaliere e sanitarie soltanto come luoghi di malattia e di cura, è in atto all'interno delle Aziende Sanitarie un profondo rinnovamento, organizzativo e culturale insieme. Da tempo, presso gli addetti ai lavori, il concetto di promozione della "salute fisica e psichica" è diventato l'obiettivo generale, al quale collegare le politiche sanitarie e l'organizzazione dei servizi: prevenzione, cura, assistenza cominciano ad essere pensati come momenti di un'unica strategia che dovrebbe porre al centro dell'attenzione "la salute" come un bene individuale e collettivo da proteggere, da tutelare, da migliorare in tutti i contesti familiari e sociali. Questo era d'altronde il dettame della Costituzione Italiana, che ai valori e ai diritti della persona dedica un'attenzione ben più profonda e concreta di quanto sia stato colto non solo dalla pubblica opinione ma anche dalla dottrina, dalla giurisprudenza ordinaria e dal legislatore.

Da una storica visione che definiva la "salute personale" in termini di semplice "assenza di malattie" e invocava l'intervento medico come atto essenzialmente diagnostico e "riparativo" (= cura), si è passati ad una concezione che integra nel concetto di "sanità" anche le componenti psicologiche, relazionali e ambientali. Anche se spesso affermiamo che "la salute è tutto" (specie quando una malattia ci colpisce ci costringe a prendere atto del dolore, della sofferenza e della fragilità del nostro corpo), ristabilito l'assetto funzionale delle strutture biologiche, ricominciamo subito a pensare ai problemi, ai progetti, ai rapporti che abbiamo con gli altri, alla ricerca costante di un migliore equilibrio, di una più "felice" integrazione fra pensieri, azioni ed emozioni.

A questa visione si è giunti grazie alla evoluzione della biologia e della medicina, che ha meglio individuato la genesi e lo sviluppo delle varie patologie, ai contributi delle scienze umane (psicologia, sociologia, antropologia...), che hanno spiegato le influenze che comportamenti, atteggiamenti, modelli di pensiero hanno nella scelta di condotte di vita (comportamenti alimentari, sessuali, igienici...) che "espongono maggiormente" un individuo al rischio di prendere una malattia o di subire un trauma. Più recentemente si cerca di applicare alla condizione umana l'assunto fondamentale dell'ecologia: solo il rispetto e la tutela di un "ambiente naturale e sociale" compatibile con l'organismo umano può migliorare la qualità della vita.

Quando si legge che la tutela della "salute psichica e mentale" dei cittadini è un obiettivo chiaramente formalizzato del Piano Sanitario Nazionale non si vuol dire che lo Stato finalmente si preoccupa della "felicità dei cittadini" (anche se uno Stato che avesse finalmente questa sensibilità - come desideravano i grandi utopisti del secolo scorso - sarebbe veramente da ammirare). Non vuol dire neppure e soltanto che occorre potenziare la prevenzione e la cura dei disturbi "psichiatrici" gravi: vuol dire concretamente sviluppare sul territorio una "rete di servizi" sanitari e sociali, pubblici e privati,



in grado di diffondere una cultura della prevenzione, di fornire cura e assistenza, di erogare prestazioni, di sorvegliare e monitorare la qualità degli ambienti di vita, ma soprattutto di coinvolgere in questo processo persone e istituzioni....

E' fin troppo evidente che tutti questi obiettivi non possono essere raggiunti solo dall'azione degli operatori sanitari, ancora oggi prevalentemente occupati nell'erogazione di pre-

stazioni sanitarie e di assistenza generale e specialistica e non sempre disposti a superare la parcellizzazione, nella quale inevitabilmente si esprime la loro specifica professione.

Ma la posta in gioco è molto seria ed ampia e richiede una partecipazione generale, compresa quella del singolo utente, che deve essere stimolato ad assumere un atteggiamento più "responsabile" nei confronti della propria salute. Il cittadino non può sentirsi titolare passivo del beneficio - tutelato dallo Stato - di essere assistito e curato. Deve sentirsi investito di una responsabilità diretta e personale in ordine al proprio benessere, non solo in termini di contributo alla spesa sanitaria, ma soprattutto in salvaguardia del proprio stato di benessere.

Per giungere ad un atteggiamento così responsabile, va avviato un processo continuo, permanente e ricorrente di educazione alla salute, un processo che partendo da adeguati livelli di informazione generale e specifica faciliti ad ogni età e in ogni ambiente l'assunzione personale di comportamenti e di stili di vita, che allarghino soprattutto l'area della prevenzione. E' un'opera questa che chiama in causa in prima istanza la famiglia e la scuola, non solo perché si parla di processi educativi, ma perché è fin dall'infanzia che vanno promossi quelle attenzioni, quegli atteggiamenti, quelle condotte che strutturano in un individuo il modo di relazionarsi con il proprio corpo, con i propri bisogni e desideri, con gli altri e quindi a fare esperienza del benessere,



BAMBINI: EDUCHIAMOLI AL CIBO

Sgranocchiano patatine, si ingozzano di caramelle, litigano per la nutella. Prediligono gli snack. Portano negli zaini scolastici, fra libri e quaderni, crostatine e bomboloni. Sono i bambini del Duemila che veleggiavano grassi e infelici verso l'obesità.

Quella del sovrappeso nell'infanzia, che si oppone drammaticamente alla denutrizione dei bambini del Terzo Mondo, è una realtà che solo da poco tempo viene considerata un problema sociale. Ha però già svelato patologie alimentari di origine non organica, ma psicologica, non soltanto negli adolescenti, ma anche nei bambini delle società industrializzate, fra queste l'Italia. Le statistiche nazionali diffuse dai reparti ospedalieri specializzati rivelano che su 100 ragazze, fra i 12 e i 25 anni, almeno 10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare (una, due in forma grave, altri in forma lieve transitoria o subliminale); ricordano che l'anoressia nervosa, un tempo appannaggio delle classi sociali medio alte e del sesso femminile, oggi si sta diffondendo tra tutti gli strati sociali e fra i maschi; annunciano che in Italia il numero dei bambini obesi è raddoppiato negli ultimi dieci anni e che il fenomeno è in crescita.

Perché aumentano in maniera preoccupante le crisi di ingordigia fra i più piccoli?

"Sono crisi dovute a disturbi dell'affettività - risponde Rossella Trombetta, psicologa e psicoterapeuta, docente della scuola Rogeriana di Psicoterapia di Roma, membro della Società Italiana di Psicologia della Salute, referente nazionale per l'Educazione alla Salute. E' un disagio del bambino che viene compensato con le merendine e del quale ci si accorge soltanto quando è ormai medicalizzato. Per questo occorre lavorare so-

prattutto nella scuola elementare. Come équipe, insieme con un medico e un sociologo, abbiamo iniziato già lo scorso anno a fare questa esperienza con tre gruppi di bambini di scuola elementare, nell'ambito di un progetto di Educazione alla Salute in alcuni quartieri disagiati. L'obiettivo era vedere come la pubblicità influenza i consumi, qual è il rapporto dei bambini con il proprio corpo, come insegnare loro a riconoscere lo stimolo della fame e scoprire quanto un bambino sia in grado di fare scelte alimentari autonome e quanto invece le fa condizionate dai modelli socioculturali. Ai bambini abbiamo somministrato dei questionari e le risposte hanno dimostrato che nei quartieri poveri i piccoli obesi sono in numero minore che nei quartieri ricchi. Non è un problema economico - si affrettava a sottolineare - ma ciò si verifica perché nei quartieri meno abbienti, si hanno meno stimoli e meno condizionamenti. Nelle scuole di quartieri residenziali lo scolaro subisce, invece, l'effetto alone del gruppo di riferimento. Se un compagno di classe fa merenda con la pizza, questo la preferirà al suo panino con il prosciutto per non sentirsi diverso da lui". Nelle classi sociali economicamente benestanti, si è giunti in questi ultimi anni ad una vera e propria "desensibilizzazione" rispetto alle esigenze nei confronti dei bambini. "I genitori si occupano di priorità che non riguardano la famiglia, sono distolti essenzialmente da problemi di lavoro - aggiunge la psicologa. Madri e padri professionalmente impegnati evitano di captare le esigenze del bambino e soddisfano con il cibo, soprattutto dolci, la loro mancata attenzione. L'uso prolungato degli zuccheri, produce nel bambino una sorta di dipendenza. Il bambino che si sente amato e ricompensato attraverso il



o, pone minore attenzione nella
azione e utilizza ciò che mangia
me compensazione al proprio
enso di colpa. Le problematiche
comportamento alimentare so-
sentite di più dalle bambine, che
anno sempre una relazione diversa
n la madre e effettuano un inve-
stimento più forte sul proprio cor-
po. Certe volte c'è una mancata in-
tegrazione rispetto alla propria
identità, ci si sente per certi versi
stretti a divenire in un certo mo-
do piuttosto che sentire veramente
come siamo. A discapito di valori
morali, sociali e culturali c'è una
mancata di autoinvestimento narcisisti-
co che porta la bambina a scom-
mettere energeticamente sul proprio
corpo, disinvestendo nell'area emo-
zionale e incominciando a esercitare
pressioni sull'alimentazione".
"Ritornare a nutrirsi bene, vuol dire
anzitutto insegnare a difendersi
dai condizionamenti della pubblicità.
Il modello culturale dei messaggi
pubblicitari sono stimoli a identificali
- sottolinea Rossella Trombetta.
Soprattutto certi personaggi fa-
si che appaiono in video inducono
all'imitazione. I bambini proprio
per questo dovrebbero vedere po-
che pubblicità, perché gli spot con-
gono un eccessivo dosaggio di

stimoli alimentari che sollecitano il
piccolo a mangiare di più rispetto al
suo effettivo bisogno".

Anche la famiglia con le sue profon-
de modificazioni avvenute al suo in-
terno contribuisce a fare mangiare
molto e peggio di come si dovrebbe.
Secondo una ricerca condotta
su un campione di 194 soggetti e
pubblicata da "Giornale dell'alimen-
tazione e patologie correlate", In-
ternational University Press, esiste
uno stretto legame fra l'assenza di
pasti regolari e la presenza di crisi
bulimiche.

Lo studio conferma inoltre che i ci-
bi consumati nelle abbuffate sono
essenzialmente quelli evitati duran-
te i pasti normali. Lo stile fast-food
che ha sostituito il rituale del pran-
zo non passa dunque inosservato
nel nostro organismo.

"Quando i genitori lavorano en-
trambi - sottolinea la psicologa - la
famiglia si ritrova in genere insieme
la sera a consumare un pasto deci-
samente più abbondante di quanto
sia necessario. Ciò può mettere in
moto un'obesità non endogena.
Mangiando molto dopo le ore 18,
infatti si ingrassa di più perché il
metabolismo rallenta il suo funzio-
namento e tutti gli organi si prepa-
rano per il sonno. Di sera, quindi,

non si dovrebbero mai ingerire zuc-
cheri, grassi e carboidrati".

Spesso le cattive abitudini alimentari
si apprendono appena nati. Una ma-
dre che non è in grado di ricono-
scere gli stati d'animo del bambino,
molte volte contrasta il suo pianto
soltanto dandogli da mangiare.

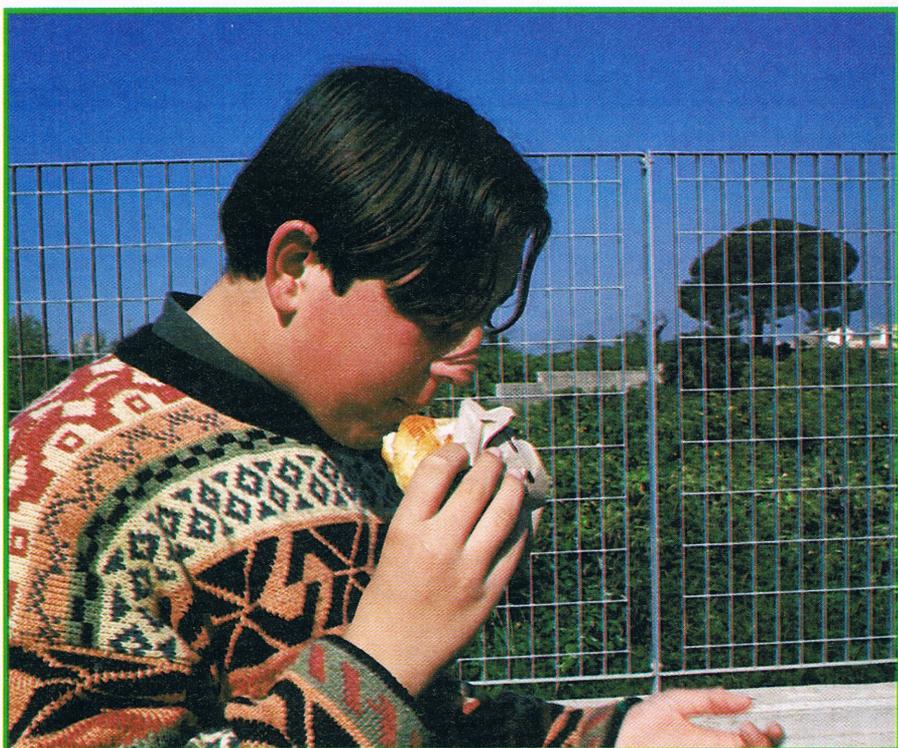
"Il bambino - continua Rossella
Trombetta - raggiunge così uno sta-
to di confusione concettuale, asso-
cia, cioè, allo stimolo pianto la ri-
sposta cibo. Divenuto adulto ten-
derà sempre a risolvere tutti i suoi
problemi mangiando. Un chiaro ri-
conoscimento degli stimoli e la ca-
pacità empatica da parte delle figure
di riferimento evita, invece, al bam-
bino i disturbi del comportamento
della sfera alimentare, gli permet-
terà di riconoscere gli stimoli pro-
venienti dal corpo e lo renderà in
grado di rispondere in maniera ido-
nea ai problemi perché ha sviluppa-
to l'autostima durante l'infanzia".

L'ingordigia dei bambini quindi met-
te a nudo un disagio indotto che è
la risposta ad un atteggiamento che
prevale nel mondo adulto: i bambini
per esistere devono preoccupare.
Un disagio che dimostra che dei fi-
gli, ormai anche a tavola, non ci si
occupa più.

Concita Cosentino

dello star bene, fisicamente, psicologicamente e mentalmente e del venir meno di queste condizioni, promuovendo nel tempo – se cresce progressivamente la consapevolezza sulle proprie azioni – anche un concetto di “autotutela della salute”.

Le iniziative in tal senso non mancano. Su quotidiani e periodici si segnala una crescita costante di attenzione e di informazione su questi temi. Rubriche dedicate settimanalmente alla salute, alla prevenzione, al miglioramento del proprio benessere psico-fisico diffondono capillarmente infinità di informazioni, suggerimenti, consigli, indirizzi di centri specializzati, indicazioni diagnostiche che il lettore sensibile riceve e immagazzina, che scambia nelle conversazioni con gli amici, anche se non sempre in modo corretto. Anche il mondo della scuola, nelle realtà locali, periodicamente si apre a “campagne di informazione e di sensibilizzazione” su tematiche sanitarie, proposte da numerosissime associazioni, che si occupano di problemi specifici: dalla prevenzione delle carie dentarie all'AIDS, dalla sclerosi multipla alla donazione degli organi, dall'alcolismo agli incidenti stradali, dalle campagne contro il fumo alla lotta contro i tumori... Sono spesso occasioni interessanti e utili per gli studenti, specie se a condurli sono degli esperti, capaci di trasferire informazioni e messaggi in modo didatticamente e pedagogicamente efficace. Purtroppo non sempre è così. La mancanza, a monte, di una programmazione seria (in senso di programmazione scolastica) di una autentica “educazione sanitaria” per ogni livello e grado, finisce spesso col vanificare il significato di queste iniziative, che restano episodiche, frammentarie, a volte anche controproducenti. Lo si è verificato in particolare in occasione delle prime campagne di informazione sulla droga: certi “toni” allarmistici, basati unicamente sull'enfatizzazione terrorizzante dei rischi legati all'assunzione della droga e sulla convinzione che il timore e la paura avrebbe finito col tenere lontano i ragazzi, finivano col suscitare solo atteggiamenti di chiusura, di difesa o di



semplice curiosità, ai quali non seguiva né l'approfondimento serio delle informazioni, né un processo di comprensione più generale del fenomeno, né l'assunzione di atteggiamenti reattivi adeguati. Con gli adolescenti, tra l'altro, il richiamo al rischio e alla pericolosità finisce col produrre una “fatale” attrazione.

I docenti sanno che “informare” non vuol dire “educare”. Ad un ragazzo al quale giungono contemporaneamente una molteplicità di messaggi e di informazioni, spesso confuse, parziali, contraddittorie, anche “l'opinione dell'esperto di turno” rischia di apparire come un dato ulteriore da sommare a quelli che già possiede, senza che ciò modifichi gli assunti di base del suo pensare. Ai ragazzi di oggi, in genere, non difettano le informazioni: ma non le utilizzano come strumenti di “conoscenza”. E in ciò viene confermato quanto già sperimentato in altri campi: il fumatore è a conoscenza dei “danni del fumo”, ma non per questo smette di fumare. L'alcolista conosce gli effetti devastanti dell'alcool sul fegato, ma non per questo allontana il bicchiere. La persona obesa si informa continuamente delle calorie che contengono i cibi, ma non per questo si convince

della necessità di intraprendere una dieta. L'informazione, anche quella scientificamente certa e ampiamente dimostrata, da sola non produce quei cambiamenti di comportamenti, che portano alla “prevenzione”. E il motivo è da ricercarsi non nella debolezza teorica degli argomenti, ma nella psicologia umana: gli assetti cognitivi ed emotivi profondi – quelli che sviluppano e promuovono le motivazioni ad agire – non sono modificabili da una semplice informazione. Un messaggio diventa “agente di cambiamento o di condizionamento” interno del modo di pensare e di agire di una persona solo se viene “interiorizzato”, se cioè viene messo in relazione significativa con il mondo personale dei bisogni e dei desideri. Ogni messaggio, ogni informazione per diventare “formativa” deve poter raggiungere quest'area interna, che è diversa a seconda dell'età, della personalità, del gruppo di appartenenza del destinatario.

A favorire tale processo – specie con i bambini – importanti sono le figure con le quali il soggetto stabilisce relazioni emotive e affettive significative: i genitori, gli insegnanti, i compagni... Educazio-



lla salute non significa solo inse-
re ai bambini norme igieniche o il-
rare il funzionamento del corpo
no, utilizzando fumetti colorati. Si-
fica promuovere comportamenti
rispondenti. Facciamo l'esempio
alimentazione. Da uno studio epi-
miologico recentissimo è emerso
in Italia 1 bambino su 5 è obeso e
n bambino su 2 è in sovrappeso di
rsi chili. Un intervento di "educa-
e alimentare", che affronti diretta-
te questo problema, dovrebbe es-
rivolto anzitutto ai genitori, per-
rivedano gli stili alimentari familia-
empre più caratterizzati all'interno
o stesso nucleo da una differenzia-
e di condotte alimentari, che in-
ivano nel bambino una presunta e
roce capacità di autogestire il rap-
o con il cibo. Il cibo presente a ca-
orrisponde sempre più a quello
blicizzato in televisione: merendi-
biscotti, hamburger, piatti-già-
nti, surgelati, salsette... l'ideale per
erare di gran lunga il fabbisogno
naliero. Decondizionare mamme e
bini dalla seduzione dei messaggi
plicitari non è facile, ma non c'è al-
ativa. Pur possedendo una "dieta
iterranea", che gli esperti conside-
o ottimale dal punto di vista della
ce, le abitudini alimentari dei bam-
e degli adolescenti italiani sono
pre più simili a quelle "americane"
ast-food. Occorre "rieducare" l'a-
o a riprendersi la responsabilità in
ria di alimentazione dei figli, res-
sabilità che probabilmente non si
ime solo nel fare la spesa e nel
pire il frigorifero, ma probabile-
te in una rivisitazione delle con-
e alimentari dei bambini e della fa-
ia.

cuola non è estranea a questa pro-
matica. Può intanto rinforzare di-
mente attraverso momenti didatti-
plici messaggi più corretti sull'a-
ntazione, sui cibi, sui comporta-
ti e ... sulla fruizione televisiva,
licità compresa. Deve poi organiz-
le proprie attività in modo più
bile, alternando l'attività di atten-
e di studio con momenti di atti-
fisica. Nelle scuole a tempo pro-



lungato c'è, infine, la possibilità con-
creta di "far praticare" ai bambini una
alimentazione più corretta dal punto di
vista dietetico e altrettanto piacevole
proprio perché condivisa nell'ambito
del proprio gruppo.

Un serio e autentico progetto di "edu-
cazione alla salute" non può essere
prodotto se i vertici di quello che viene
definito il "triangolo della prevenzio-
ne" (famiglia, scuola e territorio) non
si ricordano in un compito comune
di informazione-educazione: se ogni-
uno di questi vertici si ritiene contenit-
ore unico e privilegiato di saperi, da
erogare autonomamente, senza diven-
tare insieme agli altri un soggetto attivo
di strategie educative, nessun program-
ma di educazione alla salute sarà effica-
ce. Significa che le informazioni "sani-
tarie" devono essere contestualizzate in
un programma concordato tra opera-
tori, docenti e genitori, facendo riferi-
mento alle risorse che – anche se po-
che e non sempre sufficienti – possono
comunque essere rintracciate sul terri-
torio.

Le Aziende Sanitarie, ad esempio, han-
no da tempo istituito al proprio inter-
no Unità Operative di Educazione alla
Salute, composte da varie figure sanita-
rie, che hanno il compito di promuo-
vere in accordo con linee di indirizzo
fornite annualmente dagli Assessorati
alla Sanità e in collaborazione con i
Provveditorati agli Studi e le varie asso-
ciazioni disponibili, programmi di
informazione e di educazione perma-
nente sulle tematiche più importanti
della sanità che possono essere rivolte a
tutti: docenti, alunni, genitori, giovani.
I docenti della scuola, che generalmen-
te delegano interamente agli "esperti"
la gestione di questi progetti, dovreb-
bero invece essere più presenti sia in
fase di programmazione che di realiz-
zazione: solo essi, infatti, possono for-
nire agli "esperti" gli elementi concreti
per "tarare" meglio i programmi in
funzione delle caratteristiche e dei bi-
sogni formativi dei destinatari (gli
alunni di ogni ordine e grado) e per in-
dividuare gli strumenti didattici più ef-
ficaci per le varie situazioni.