

DALLA PREVENZIONE ALL'EDUCAZIONE.

LA SFIDA DELLA CULTURA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE

HIANG-CHU AUSILIA CHANG

Introduzione

Il mondo nel quale viviamo è segnato da forti contrasti: benessere e malessere, sicurezza e insicurezza, infatti, convivono e si oppongono. Nei paesi ad alto benessere materiale, all'apparenza, sembra che la cultura della salute¹ e della prevenzione abbiano ormai raggiunto gradi ottimali, per cui parlare di tali concetti potrebbe sembrare fuori luogo. La prevenzione, inoltre, occupa ormai uno spazio rilevante della cultura, in svariati ambiti della convivenza umana e nella vita quotidiana delle singole persone.²

Tuttavia è giusto porci questa domanda: quali significati si celano dietro i concetti di salute e di benessere, quindi di prevenzione?

Da un lato, stiamo assistendo ad un numero crescente di suicidi e omicidi anche di massa, espressione lampante del malessere individuale e sociale. Infatti, non passa giorno in cui non ci siano notizie di cronaca che parlano di delitti provocati dalla violenza organizzata, dalle "pazzie" persecutorie, dall'egoismo e dallo schiavismo, dalla miseria, dalla passione, dall'infedeltà. D'altro canto, informazioni pubblicitarie sempre più pervasive e martellanti, suggestionano l'immaginario collettivo con l'offerta di prodotti sempre nuovi creando pseudo bisogni, mentre in molti altri paesi milioni di persone sono costrette alla soglia della sopravvivenza, giacché la miseria, le malattie e il disordine sociale riducono la loro vita in condizioni deprecabili spingendole in grandi masse verso l'emigrazione.³

La domanda emergente è dunque: come *prevenire* tali fenomeni, non

solo dal punto di vista sociale e politico, ma anche e soprattutto attraverso l'azione educativa, risorsa più lenta, che però – permeando la mentalità delle nuove generazioni – garantisce frutti sicuri e duraturi.

Di fronte a queste situazioni contrastanti, a mio avviso, vale la pena tentare una prima riflessione sul concetto poliedrico di salute e di prevenzione, per poi metterlo in relazione con quello di prevenzione *educativa*, così come viene intesa oggi nell'ambito propriamente pedagogico, ipotizzando anche un ulteriore percorso di approfondimento. L'impresa non è semplice, e richiede anzitutto un approccio interdisciplinare.

Pur nella consapevolezza di non poter sondare esaurientemente l'argomento, intendo anzitutto evidenziare la complessità e la poliedricità del concetto di prevenzione che è in stretta relazione con quello di salute e di benessere, ed in seguito esaminare la prevenzione educativa propriamente detta, sondando alcune delle recenti pubblicazioni al riguardo e andando quindi oltre la riflessione salesiana, che vanta a questo proposito un'esperienza mondiale quasi bicentenaria.⁴ È però interessante notare fin d'ora, come le concezioni di salute riconducano gradualmente ad un approccio propriamente pedagogico, non nel senso ristretto di "educazione alla salute" (*Health Education*) soltanto, ma anche e soprattutto riguardo al significato generale e sostanziale della stessa educazione.

Questo sarà oggetto di studio della *Parte II* del presente articolo, che verrà pubblicata nel prossimo numero della Rivista.

Riassunto

L'articolo affronta il concetto poliedrico della prevenzione nell'attuale contesto in cui tale realtà occupa uno spazio rilevante della cultura, in svariati ambiti della convivenza umana e nella vita quotidiana. L'intento è quello di mettere in luce come nel mondo, segnato da forti contrasti, emerge sempre più l'esigenza di un'azione preventiva in linea con un intervento promozionale multidimensionale che si identifica, infine, con l'atto stesso dell'educare in prospettiva integrale.

Parole chiave: Concetto poliedrico di Prevenzione, Concetto di salute, Protezione, Promozione, Educazione alla salute, Prevenzione educativa, Cultura della prevenzione

Summary

The article considers the multifaceted concept of prevention in the present context in which this reality holds an important place in the culture, and in various areas of human coexistence as well as in daily life. The intent is to highlight the fact that in today's world with evident contrasts, the need for preventive action emerges ever stronger. It is with the same direction of a multidimensional promotional intervention that can be identified with the very act of integral education.

Key words: Multifaceted Concept of Prevention, Concept of Health, Protection, Promotion, Health Education, Educational Prevention, Culture of Prevention

PARTE I. LA PREVENZIONE: UN CONCETTO POLIEDRICO

Il termine “prevenzione”, come anche “salute”,⁵ viene utilizzato in molti campi, apparentemente senza problematicità, ma il suo significato è *complesso* e *poliedrico*, non solo perché racchiude in sé una vera e propria concezione di vita, di benessere, di salute e di sicurezza e, di conseguenza, comporta punti di vista diversi – in particolare medico, psicologico, sociologico, giuridico, politico, pedagogico, occupazionale – ma anche perché in tutti questi ambiti la sua concettualizzazione e operatività professionale ha subito col tempo un’evoluzione graduale significativa e tuttora bisognosa di ulteriori approfondimenti.⁶

1. Il significato del termine “prevenzione”

Etimologicamente il termine “prevenire” (dal latino *prae-venire* = venire avanti) significa: *giungere prima, anticipare*. Per estensione esso significa *evitare i rischi preparando i rimedi contro danni, disgrazie, insidie, reati e simili*.⁷ Prevenire quindi significa *arrivare prima per bloccare o modificare il percorso che conduce ad un evento negativo che si vuole scongiurare*.

Sarebbe interessante fare un *excursus* storico sul significato semantico del termine “prevenzione” in diversi ambiti e delle variegate attività corrispondenti – ovviamente avvalendosi dei contributi specifici di diversi studiosi del campo – qui tuttavia mi limito a mettere in evidenza le accezioni utilizzate nei diversi ambiti e ad offrire un eventuale concetto che le accomuna.

Esiste una discreta letteratura – piut-

tosta recente – sulla prevenzione, riferita in particolare all’ambito medico-sanitario, psico-sanitario, di diritto penale, sociologico e socio-educativo. Fino al secolo XIX l’idea di prevenzione era pressoché inesistente. Il concetto cominciò a diffondersi in relazione agli studi sulla *difesa* dalle malattie epidemiche e come primi *tentativi* di assicurazione della igiene/sanità pubblica. Di fronte alle epidemie di tifo, colera, tubercolosi, si incominciò ad ideare alcune misure di prevenzione, ad esempio attraverso l’isolamento delle persone infette e la chiusura delle frontiere; in ambito politico, similmente, vennero approntate altre misure per evitare disordini sociali e sommosse di popolo.⁸

A partire soprattutto dal 1948,⁹ venne gradualmente sviluppandosi il concetto di salute per cui, come vedremo, la prevenzione fu intesa come *protezione e cura* del benessere psicofisico e mentale, assicurazione della sicurezza e *promozione* dell’equilibrio personale e sociale, in sintesi, come *educazione*. Una chiave di riflessione sull’idea di prevenzione potrebbe riferirsi alle seguenti domande: *da* che cosa prevenire – *per* che cosa prevenire – *come* prevenire e con quale fondamento.

Ciò che accomuna i diversi concetti di prevenzione riguarda sia l’aspetto di *difesa* e *protezione*, sia la classificazione delle attività di prevenzione in base al gruppo di riferimento, alla metodologia e al *target*.

2. I livelli della prevenzione

La riflessione sulla prevenzione è legata soprattutto alle problematiche relative alla salute psicofisica. Infatti,

la nota triplice distinzione (trilogia) dell'attività di prevenzione – prevenzione *primaria, secondaria e terziaria* – nasce nell'ambito psichiatrico e viene attribuita a Gerald Caplan (1964), studioso di malattie mentali.¹⁰ Viene utilizzata, senza alcuna riserva particolare, in diversi ambiti anche a livello mondiale, in particolare dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).¹¹

La prevenzione *primaria* (*Primary Prevention*) consiste nell'agire sulle cause originarie responsabili di un danno alla salute, quindi riguarda iniziative e servizi offerti all'intera società al fine di limitare le *cause/fattori* dei rischi (malattia, disagio, disadattamento); la prevenzione *secondaria* (*Secondary Prevention*) mira ad arrestare tempestivamente l'evoluzione del processo morboso e ha lo scopo di individuare precocemente, ad esempio attraverso *screening* e diagnosi precoci, i sintomi di un disagio; essa è rivolta ai cosiddetti "soggetti a rischio" che presentano carenze o problemi conseguenti a pregresse esperienze negative.

Infine, la prevenzione *terziaria* (*Tertiary Prevention*) ha l'obiettivo di limitare il più possibile un danno già presente mettendo in atto interventi riabilitativi o terapeutici al fine di evitare ulteriori danni e complicanze.¹²

Si parla anche di una prevenzione *universale*, se l'attività è rivolta a gruppi generali di popolazione,¹³ e di una prevenzione *selettiva* (o *mirata*), se rivolta a gruppi specifici di individui considerati a rischio o vulnerabili.

La prevenzione *universale*, in pratica, si identifica con la prevenzione *primaria* e deve assicurare un'assistenza sanitaria di base (*Primary health care*) ribadita come un diritto umano fondamentale, in particolare nella *Dichiarazione*

di Alma Ata del 1978;¹⁴ quella *selettiva* o *mirata* corrisponde, a seconda dei casi, alla prevenzione secondaria o terziaria.

Come vedremo, la prevenzione primaria riguarda soprattutto l'ambito educativo.¹⁵

3. Il concetto di prevenzione nell'ambito sanitario

La cura e la prevenzione delle malattie e la promozione della salute è una componente imprescindibile ed integrante dell'azione sanitaria in quanto, e indubbiamente, la prevenzione è strettamente legata al concetto di salute. Se, infatti, la salute viene intesa come assenza di malattie, la prevenzione nei suoi diversi livelli (primario, secondario, terziario) si riferisce all'approccio *patogenico* che cerca di evitare l'insorgere, il diffondersi e l'aggravarsi delle malattie, o curare le malattie attraverso l'erogazione di prestazioni tecnico-professionali limitate al settore sanitario.¹⁶

Se, invece, la salute viene intesa come "completo benessere" della persona – concetto che si è sviluppato a partire dall'OMS (1946, 1948)¹⁷ – si parla principalmente di *promozione* della salute come impegno a sostenere le persone e aiutarle a non ammalarsi, a mantenersi sani, per cui tale significato si attiene al dovere di supportare l'autonomia delle persone singole.

La promozione della salute, come vedremo, va *oltre* la prevenzione ed è collegata alla cosiddetta "salutogenesi", ma sia la prevenzione che la promozione, mirano allo stesso scopo: evitare le malattie e restare sani.¹⁸

Un primo aspetto significativo in questo ambito, come verrà sviluppato

meglio successivamente, è il passaggio *dalla sanità alla salute*, che significa anche passare *dal prevenire al promuovere*: ovvero, dal prevenire e curare le malattie, alla promozione della salute (fisica, mentale, spirituale e sociale) del singolo cittadino, delle famiglie, dei gruppi sociali e della popolazione, attraverso la creazione di sane politiche pubbliche intersettoriali, comprese ovviamente quelle educative.

3.1. Dalla sanità alla salute intesa come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”

Il passaggio dal concetto di sanità (medica) a quello di salute, ossia dalla definizione negativa di salute come assenza delle malattie a quella positiva, e quindi dal concetto di prevenzione alla promozione della salute, è avvenuto piuttosto tardivamente.

Come osserva Bruno Paccagnella,¹⁹ si è lentamente passati da un semplice e semplicistico concetto di salute come assenza di malattie, paradigma perdurato almeno fino alla prima metà del 1900, a quello presente nello *Statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS 1948).

Qui si trova la nota definizione: «La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità».²⁰

La definizione riconosce vari fattori connessi alla salute, sia personali (fisico-mentale), sia ambientali (sociale) però in modo piuttosto statico.

Bisogna riconoscere che si tratta di un concetto multidimensionale di salute, veramente innovativo, almeno nella formulazione, e che merita in-

dubbiamente un approfondimento da diversi punti di vista. In particolare è importante esaminare il significato da associare all'espressione chiave “completo benessere” che supera ovviamente l'ambito propriamente sanitario,²¹ anche perché l'aspirazione a una sorta di perfezione del benessere appare un obiettivo troppo distante dalla realtà. Nell'ambito strettamente sanitario questo è più che comprensibile; ciò nonostante, si può affermare che la definizione ha avuto fortuna per molti decenni diventando punto di riferimento anche delle diverse normative nazionali relative alla sanità.

3.2. Ulteriori integrazioni al concetto di salute dell'OMS 1948

Il concetto di salute del 1948, come si è detto, riguarda in modo specifico la persona singola senza tener conto del suo rapporto dinamico con l'ambiente, per cui dal concepire la salute come “stato di completo benessere” si passa sempre più consapevolmente ad una concezione dinamica della salute.

A partire dalla definizione del 1948 altri studiosi arricchiscono le riflessioni sulla normativa offrendone una chiave di lettura.

Ad esempio, Alessandro Seppilli (1966) ne evidenzia l'aspetto *dinamico*, così come risulta nella seguente definizione: «La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale». Egli sostituisce l'espressione “completo benessere” con “armonico equilibrio” dinamicamente integrato nel contesto di vita, così pure il termine “stato” con quello “condizione”.²²

Aaron Antonovsky²³ integra il signifi-

cato mettendo in evidenza l'elemento di *continuum* di questo equilibrio. L'autore è noto per il suo approccio salutogenico in contrapposizione a quello patogenetico.

È importante, secondo questo approccio, non solo prevenire, ma soprattutto *promuovere* il benessere a tutti i livelli. La prevenzione si occupa del prevenire/evitare la patogenesi; la promozione si occupa invece di incentivare quegli elementi che, se sviluppati, possono migliorare la salute e il benessere a tutti i livelli.²⁴

Accanto a queste integrazioni della definizione di salute del 1948, e ancora in riferimento ad essa, si sono svolti diversi incontri internazionali sulla salute, ovviamente nell'ambito della sanità, introducendo e ampliando misure di prevenzione.²⁵

La Dichiarazione (universale) di Alma Ata, emanata dalla Conferenza internazionale dell'OMS, svoltasi in Kazakistan (6-12 settembre 1978) sull'assistenza sanitaria primaria, riprende la definizione di salute del 1948 e ribadisce che la salute è un diritto fondamentale e perciò è necessario assicurare l'assistenza sanitaria di base per *tutti* gli individui del mondo.²⁶

Come vedremo nella seconda parte del presente studio, della "promozione della salute", propriamente detta, si parla soprattutto a partire dagli anni Ottanta del Novecento.

La Conferenza di Ottawa del 1986 costituisce, si può dire, il culmine di queste considerazioni nell'ambito dell'OMS. Ciò che rimane acquisito e che costituisce il punto di riferimento immancabile e inevitabile, è senza dubbio la definizione di salute offerta dall'OMS nel 1948 e il suo sviluppo.

4. Il concetto di prevenzione nell'ambito psicologico

Molto di quanto si afferma della prevenzione/promozione della salute nell'ambito psicologico fa riferimento alle acquisizioni graduali sulla salute da parte dell'OMS e in particolare alla *Carta di Ottawa* del 1986.

Come rileva un interessante documento del Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOPI) italiano, dal titolo *Parere sulla Prevenzione/Promozione in ambito psicologico* (2012),²⁷ esiste un'ampia letteratura riguardante la psicologia della salute²⁸ che si occupa della *prevenzione psicologica e psicosociale*. Essa mira alla prevenzione non solo delle patologie, dei disagi, del malessere e delle problematiche di tipo cognitivo, emotivo-motivazionale e relazionale, ma anche della conseguente consulenza e promozione attiva del benessere e della salute in tali ambiti.²⁹

Per quanto riguarda il contenuto del presente paragrafo mi servo principalmente di questo documento sia per la sua autorevolezza e sia per la ricchezza contenutistica accuratamente documentata.

In materia di salute, il documento riconosce il passaggio dalla «cultura focalizzata sulla eliminazione della malattia ad una cultura focalizzata sulla promozione della Salute».³⁰ Al riguardo, il testo fa riferimento sia al concetto di salute del 1948 – ribadito nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978 –, sia a quello di *promozione della salute*, definita esplicitamente nella *Carta di Ottawa* del 1986, con le seguenti parole: «il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di miglio-

rarla».³¹ Facendo riferimento a quest'ultima definizione, si evince una considerazione particolarmente significativa per la riflessione pedagogica in quanto emerge chiaramente «che la “salute” va creata con il diretto coinvolgimento dell'individuo, dei gruppi e delle comunità sociali. In tale processo è fondamentale aiutare le persone ad acquisire quel senso di padronanza e controllo su ciò che riguarda la propria vita (il cosiddetto *Empowerment* psicologico)».³²

Il documento, di conseguenza, riconosce e afferma espressamente che «la prevenzione, unita alla *promozione del benessere fisico, psicologico e sociale*, è [...] parte integrante e *tipica*, sia da un punto di vista scientifico-professionale sia da un punto di vista normativo, delle «competenze professionali sanitarie», variamente articolate nei loro diversi ruoli e contesti applicativi».³³ Dunque, mentre riconosce che la prevenzione è «parte integrante delle competenze sanitarie»,³⁴ nello stesso tempo, si mette in evidenza la «tipicità psicologica della prevenzione/promozione del benessere e della salute»,³⁵ sostenendo che: «la prevenzione e promozione della salute e del benessere psicologico è per definizione una competenza tipica psicologica».³⁶

In psicologia, dunque, il termine “prevenzione” quasi sempre è affiancato al “disagio” e alla promozione della salute psicologica.³⁷ Infatti, per quanto riguarda la *prevenzione psicologica e psicosociale*, parlando degli atti tecnici della medesima, il documento fa riferimento ai casi di patologie, di disagi, di malesseri e di problematiche di tipo cognitivo, emotivo-motivazionale e relazionale, alla consulenza e promo-

zione attiva del benessere e della salute in questi ambiti.³⁸ Nell'esercizio della sua professione, «lo psicologo, nel campo della Prevenzione [...], è tenuto, per formazione e deontologia, a basare le sue prassi professionali esclusivamente su paradigmi teorici del funzionamento psichico e relazionale coerenti e validati dalla ricerca scientifica internazionale».³⁹

E ancora, partendo da una definizione di psicologia come «scienza delle relazioni, dei rapporti, dei processi di cambiamento [...], scienza del comportamento e delle sue determinanti»,⁴⁰ il *Parere* afferma che «[...] la ragion d'essere della nostra professione risiede nel riconoscimento che alla piena realizzazione della persona umana sono necessari ben più che i mezzi materiali per la sua sussistenza fisica. [...]».

[Ad essa, cioè] concorrono molteplici beni e servizi di natura immateriale, ma non per questo meno reali e necessari, che anche la recente ricerca economica contemporanea ha incisivamente definito *beni relazionali*».⁴¹

Si può concludere quindi che, in un certo senso, il documento riconosce ancora una volta l'implicanza di un approccio interdisciplinare, in particolare quello pedagogico, benché non emerga chiaramente il rapporto tra la dimensione psicologica e quella pedagogica.

5. Il concetto di prevenzione nell'ambito giuridico

In ambito giuridico si parla di prevenzione in riferimento soprattutto al diritto penale,⁴² sia come *protezione dai rischi* di carattere sociale, che come *protezione antinfortunistica* nell'ambito lavorativo.

5.1. *Prevenzione come protezione dai rischi*

Nel diritto penale, vario e in continua mutazione secondo i periodi storici e i contesti nazionali, si distingue la teoria della *prevenzione generale* (o della intimidazione) dalla teoria della *prevenzione speciale* in relazione alla pena.⁴³

Secondo la teoria della *prevenzione generale* – presente nel periodo illuministico – che parte dalla considerazione del crimine come un male non solo del singolo, ma anche della società o dei consociati, la pena ha la funzione di produrre un effetto di *intimidazione* (moralizzazione ed educazione) e un effetto di *orientamento sociale* attraverso la creazione di *standards* morali per tutti.

Si direbbe, quindi, che la legislazione diventi (o venga concepita), in certo senso, come la morale della generazione successiva, cioè come criterio di prevenzione da un tipo o un insieme di crimini.

La teoria della *prevenzione speciale* – affermata posteriormente – si muove su un piano opposto, ossia parte dal principio di *proporzionalità* secondo cui la pena non è più in riferimento alla gravità del reato e alla colpevolezza, bensì alla personalità dell'autore, per cui la pena viene considerata suscettibile di modificazioni quantitative e qualitative nell'arco della sua esposizione. Si parla pertanto della «prevenzione speciale *post delictum* per impedire che chi ha commesso un reato ne commetta altri; di prevenzione speciale *ante delictum* per evitare che un soggetto, in ragione della sua concreta pericolosità, cada nel delitto».⁴⁴

Questa teoria, a differenza di quella

generale, prevede un complesso di misure terapeutiche, rieducative e ri-socializzanti volte ad impedire che il singolo cada o ricada nel reato.

Post o *ante delictum* corrispondono a diversi livelli di prevenzione, anche perché la pena allo stesso tempo ha lo scopo di “punire” e di offrire opportunità di riscatto.⁴⁵

Oggi si tende ad affermare una teoria il più possibile onnicomprensiva dei vari aspetti della pena, anche perché non si può ignorare il carattere *pluri-dimensionale* della stessa, quindi si tende a riconoscere il diritto del reo alla risocializzazione, alla modificazione della pena, al trattamento che diremo “degno” della persona umana, come pure il “diritto del reo alla pena”. L'attuale prospettiva, indicata da Milani in riferimento al contesto italiano (dettato costituzionale, art. 27), è quella della *prevenzione speciale*, mirante alla possibile *reintegrazione* del condannato in società.

Più esattamente l'art. 27, al terzo comma, recita: «Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato», quindi nel rispetto della dignità della persona. Sarebbe opportuno, a questo punto, approfondire il significato dell'espressione “rieducazione del condannato” anche alla luce dell'odierno principio dell'educazione/formazione permanente, come anche della pedagogia speciale, sociale e degli adulti. Vi è chi mette in questione il fatto che la prevenzione comporti, in caso di “rieducazione”, un «condizionamento del soggetto ai valori dominanti di una comunità», valori che stanno cioè alla base delle scelte legislative. Malgrado la crisi dei valori, la prospettiva della

rieducazione (del finalismo rieducativo), a mio avviso, è da considerare in sintonia con il principio della formazione permanente, in prospettiva dell'educazione alla cittadinanza democratica ritenuta fondamentale soprattutto oggi a livello mondiale. Milani, invece, riterrebbe più realistica la proposta di "risocializzazione" anziché "rieducazione". Personalmente considero attendibili tutte e due le accezioni nel senso che la risocializzazione non esclude la rieducazione, anzi la prima ne è l'espressione più auspicabile.⁴⁶

Alla luce di queste considerazioni, i tradizionali strumenti "preventivi" (istituti carcerari, psichiatrici, pene ordinarie), da un lato, e le istanze risocializzanti (principio della premialità progressiva e della punibilità regressiva) dall'altro, sono più fiduciose nell'educabilità e nella perfettibilità dell'uomo. Occorre quindi riconoscere un carattere *dinamico* della prevenzione a motivo della consapevolezza di crescente complessificazione dei fattori che intervengono in un reato, per cui va aggiornata costantemente la valutazione dei rischi. Tamar Pitch, docente di Sociologia giuridica e della devianza presso l'Università di Salerno parla dell'*imperativo della prevenzione e del cambiamento del significato di prevenzione*, in questo ambito, nel senso cioè della necessità di *spostare* l'accento dagli autori di disordine e criminalità alle vittime, vere o potenziali, ossia a tutte e a tutti noi.⁴⁷

5.2. Prevenzione come protezione antinfortunistica

Soprattutto oggi, il Diritto parla della prevenzione anche in riferimento al *bene dell'integrità psicofisica del lavoratore*. Ciò comporta, al livello ini-

ziale, la "tutela dai pericoli" e l'abbattimento di essi, e poi la "protezione" dai rischi, ciò nella consapevolezza dei plurimi fattori di rischio presenti soprattutto nell'ambito del lavoro; pertanto è fondamentale la valutazione dei rischi e la predisposizione del sistema di misure di prevenzione antiinfortunistiche.⁴⁸ La prevenzione può essere definita come «il complesso degli interventi o delle misure necessarie a evitare, o diminuire i rischi professionali e di conseguenza a evitare o diminuire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali»; mentre possiamo definire la protezione come «il complesso delle misure finalizzate a limitare le conseguenze dannose di un evento, una volta che questo si è manifestato».⁴⁹

La prevenzione assume così il significato di *protezione* antinfortunistica, di contrasto degli infortuni, minimizzazione e neutralizzazione dei rischi nei luoghi di lavoro.⁵⁰

Al riguardo, attualmente, anche il lavoratore è chiamato in prima persona ad applicare le norme di sicurezza⁵¹ anche se ciò non diminuisce l'obbligo di valutazione dei rischi da parte di ogni datore di lavoro.

Come hanno messo in evidenza Fausto Giunta e Dario Micheletti, anche in questo ambito si costata l'evoluzione del concetto di prevenzione antiinfortunistica. Gli autori parlano della differenza tra il vecchio e il nuovo sistema di prevenzione ritenendo che attualmente il lavoratore sia chiamato in prima persona ad applicare le norme di sicurezza, non potendo definirsi solo beneficiario delle norme prevenzionistiche, ma anche destinatario di una serie di precetti antinfortunistici, complementari rispetto al debito di sicu-

rezza dei principali garanti.⁵²

La prevenzione propriamente educativa, a mio avviso, trarrebbe molto frutto dalla riflessione sui concetti mutuati dal Diritto penale appena citati. La prospettiva giuridica, infatti, considera di fondamentale e primaria importanza la valutazione dei rischi ed esige di stabilire le misure generali di prevenzione e protezione sulla base dei concetti di pericolo, danno e rischio prevedibile. Questo, sia nella convivenza umana in genere, sia nei diversi posti di lavoro.

Propriamente, nelle azioni di difesa contro ciò che potrebbe recare danno, di riduzione al minimo dei rischi non eliminabili, si parla di *Prevenzione* – come riduzione della probabilità di accadimento – e di *Protezione* come diminuzione della gravità del danno.⁵³ Al riguardo ci sono diverse normative nazionali.⁵⁴ Tali concetti potrebbero essere una base rilevante per la riflessione pedagogica e per l'azione educativa per quanto riguarda i *fattori protettivi* e quelli di *contrasto*.

6. La prevenzione nell'ambito pedagogico

In ambito pedagogico ed educativo la prevenzione dovrebbe trovare la sua più naturale collocazione, in quanto l'azione dell'educare è per eccellenza volta a *promuovere prevenendo* e *prevenire promuovendo*. Tuttavia, nella letteratura pedagogica, non sono numerose le trattazioni al riguardo e, quelle che si trovano, sono piuttosto recenti, tutte riferite all'*educazione alla salute* o alla pedagogia sociale.⁵⁵ Luisa Santelli Beccegato, ad esempio, rileva che la *prevenzione* è «una grande tematica pedagogica»,⁵⁶ rielaborata dalla

pedagogia sociale che traccia e promuove ambienti, spazi e condizioni positivamente connotati che concorrono a contrastare condizioni di disagio, di rischio e di pericolo per poi porre le basi ad un modo positivo di vivere la propria esistenza.

Anche nell'ambito pedagogico, quindi, si fa uso dell'ormai nota triplice distinzione della prevenzione: primaria, secondaria, terziaria.⁵⁷ Mario Pollo menziona anche altre tipologie, in particolare quella che distingue cinque forme: la *prevenzione in senso stretto* (promozionale); la *prevenzione a-specifica del disadattamento*; la *prevenzione specifica del disadattamento*; la *prevenzione specifica primaria*; la *prevenzione specifica secondaria*. Una seconda tipologia è quella che fa riferimento alla pubblicazione di Maria Teresa Cairo e che considera cinque dimensioni che servono per analizzare e classificare gli interventi di prevenzione.⁵⁸

Come si è detto in precedenza, si tratta di diversi modi di esplicitare la triplice tipologia in rapporto alle categorie dei destinatari, alla metodologia e al *target* dell'intervento.

6.1. La prevenzione come educazione alla salute

Com'è noto, di fronte al fenomeno dilagante delle tossicodipendenze e del disagio giovanile, le decadi degli anni '70, '80, '90 sono state ricche di iniziative a livello internazionale e nazionale sulla tematica dell'educazione alla salute a scuola, che corrisponde alla *prevenzione* soprattutto *primaria* e assume il ruolo di catalizzatore.⁵⁹ La principale promotrice dell'*Health Education* sin dal 1950 è stata l'Orga-

nizzazione Mondiale della Sanità.⁶⁰ Secondo il *Glossario O.M.S.* (1998) vi sono due distinte definizioni di *Health Education*: quella “tradizionale”, e quella che rientra nel significato di *promozione della salute*. Il *Glossario*, pertanto, definisce *Health Education* come «l'insieme delle opportunità di apprendimento consapevolmente costruite, che comprendono alcune forme di comunicazioni finalizzate a migliorare l'*alfabetizzazione alla salute [Health Literacy]*, ivi compreso l'aumento delle conoscenze, e a sviluppare *Life Skills* che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità».⁶¹ Un documento di fondamentale importanza al riguardo, ritenuto da tutti i Paesi Occidentali quale vera e propria “carta fondamentale dell'educazione alla salute”, è quello sull'*Educazione alla salute della 1ª Conferenza Europea dei Ministri responsabili della salute pubblica* (Madrid, 22-24 settembre 1981). In esso sono presenti alcuni elementi significativi riguardo all'educazione alla salute, cioè l'affermazione del suo ruolo di *catalizzatore* in materia di prevenzione primaria, la necessità di *demedicalizzare* l'educazione alla salute e di non considerarla come un settore a sé stante, ma come «costituita da un insegnamento globale e integrato in ogni aspetto del curriculum formativo».⁶² Il suddetto documento riconosce, dunque, che il concetto di salute si è evoluto verso una visione meno statica che pone l'accento sull'importanza dell'interazione dinamica tra individuo e ambiente; per questo utilizza l'espressione *educazione promozionale alla salute*, la quale ha come obiettivo «il pieno sviluppo delle possibilità dell'individuo (fisiche, mentali e sociali) in

armonia con il suo ambiente».⁶³ L'educazione promozionale alla salute, compito della famiglia e della scuola (e delle altre agenzie educative di un dato territorio), «deve essere orientata a far prendere coscienza a ciascuno delle proprie responsabilità nel mantenimento e nella promozione della salute; a sviluppare nei singoli la capacità di prendere decisioni coscienti nei riguardi del proprio benessere personale, familiare, sociale; ad aiutare il singolo individuo ad integrarsi in modo armonioso nella vita attiva e nella società in generale, perché ognuno possa arrivare ad esprimersi, affermarsi e svilupparsi adeguatamente; a stimolare il singolo ad una partecipazione responsabile e costruttiva alla vita della collettività; stimolare il singolo al proprio sviluppo pieno, sul piano fisico, affettivo e sociale».⁶⁴

Va da sé che l'educazione alla salute, così come ribadita dal documento, deve necessariamente avvenire in una linea *positiva e promozionale*, e non va confusa con l'educazione sanitaria riduttiva «fondata su tutta una serie di interdizioni, per incoraggiare un atteggiamento positivo nei confronti di un'azione diretta all'individuo».⁶⁵ Di fatto, nella prassi dell'educazione alla salute, è diffusa l'idea di dover educare *per evitare* di incorrere nei vari *rischi*, per di più emergenti nell'odierno contesto di vita. Dunque, si può supporre che, se questi non esistessero, non si parlerebbe di educazione alla salute. In un rapporto del 1981, l'OMS tratta del *fattore di rischio* in questi termini: «Il grado in cui un individuo è rimasto attardato rispetto ai suoi pari nel cammino verso il raggiungimento – mediante i regolari mezzi rappresentati dalla famiglia, dalla scuola e dalla co-

munità – di una o più pietre miliari che la sua società o il suo ambiente culturale si aspettano che egli raggiunga nel corso del suo passaggio dall'infanzia all'età adulta, dall'immatùrità alla maturità». ⁶⁶ Di fatto, il contenuto di tale considerazione tocca soprattutto l'ambito dell'educazione. È quindi curioso che la suddetta elencazione del documento europeo coincida con il contenuto della finalità generale dell'educazione, della scuola e della formazione. ⁶⁷

Nel periodo sopra indicato, in più paesi, anche a livello italiano, sono stati vivaci i dibattiti e molteplici le circolari ministeriali emanate in materia di educazione alla salute per far fronte al fenomeno sempre più diffuso delle tossicodipendenze minorili. ⁶⁸

Tutto ciò, sempre in nome della salute, ritenuta come un *diritto fondamentale*, come *un bisogno-valore per l'uomo*, come *obiettivo educativo*. I curatori del volume *Educazione alla salute tra prevenzione e orientamento* rilevano: «Nessun concetto è più caro e più familiare al vivere quotidiano e alla comune sollecitudine del concetto di salute», ⁶⁹ e considerano la salute come obiettivo educativo definendola come «la capacità dell'uomo di star bene con se stesso, con la propria cultura, con le proprie istituzioni», per cui è necessario educare a «saper aprirsi agli altri, alle altre culture e a istituzioni sempre più tra loro interdipendenti e solidali [e] la scuola può e deve concorrere, insieme alla famiglia, a promuovere questo tipo di salute». ⁷⁰

Ampliando la riflessione, come osserva giustamente Luciano Corradini, per attuare un'autentica educazione alla salute, «occorre un quadro di riferimento più ampio che chiami in causa

l'etica, ossia il problema del bene e del male, la sociologia, la psicologia e la pedagogia, ossia un riflessione matura ed efficace sulle motivazioni dei comportamenti». ⁷¹

In conclusione, sia la visione di Luciano Corradini, sopra citata, sia l'accezione ampia di cui si parla nel *Glossario O.M.S.*, emerge evidente la prospettiva propriamente pedagogica della salute la quale viene sempre più intesa nel senso globale.

6.2. La prevenzione come problema di pedagogia professionale

Il tema della prevenzione come problema di pedagogia professionale è piuttosto assente nelle tematizzazioni degli studiosi. Uno dei pochi contributi in materia è quello di Grazia Angeloni. ⁷² Per spiegare il significato di "pedagogia", l'autrice propone la definizione di Mauro Laeng: «termine che comprende l'arte dell'educazione, la scienza di quell'arte, e la filosofia di quella scienza». La professione di coloro che possiedono tali competenze è quella degli educatori, siano essi genitori o insegnanti. ⁷³ «L'aggettivo professionale sta a significare il ruolo professionale da essi ricoperto. Il pedagogista è invece il professionista superiore di quella che era in origine l'arte del pedagogo». ⁷⁴

L'Angeloni distingue il significato del termine "previsionalità" – proprio della pedagogia nel suo aspetto teorico – da quello di "prevenzione" che appartiene alla pedagogia in quanto tale (dove pensiero e azione, applicatività e applicazione non sono disgiunti). ⁷⁵ Secondo l'autrice, *prevedere* «indica anticipare con il pensiero

e la parola fatti che dovrebbero avvenire e che non ancora sono avvenuti», mentre *prevenire* «indica un anticipare con il pensiero e la parola fatti che non dovrebbero avvenire e un agire perché non avvenga il fatto che non si vuole avvenga». ⁷⁶

L'assenza del discorso di cui si è detto all'inizio del paragrafo è solo apparente, in quanto tale discorso è strettamente connesso soprattutto con il recente sviluppo della cosiddetta *pedagogia clinica* la quale si occupa dell'aiuto professionale alle persone di diverse età e con diversificati disagi, ma considerando il singolo nella sua interezza e quindi non concentrandosi sui disturbi e le incapacità bensì puntando sulla valorizzazione e attivazione delle potenzialità e risorse personali, in modo che sappia affrontare con consapevolezza e coscienza le nuove situazioni che gli si presentano nei diversi periodi dell'esistenza. ⁷⁷

La *pedagogia clinica* viene considerata da alcuni come *una disciplina pedagogica* ⁷⁸ e da altri semplicemente come *una modalità della pedagogia* più che una specializzazione o un metodo ⁷⁹ o anche come *pedagogia sul campo, tra scienza e professione*. ⁸⁰ Com'è dimostrato dalle note, esiste un numero crescente di pubblicazioni riferite alla pedagogia clinica.

I presupposti epistemologici della pedagogia clinica sono stati indicati da Guido Pesci. In un saggio pubblicato nel 1974 egli afferma: «Le basi epistemologiche della pedagogia clinica sono state rintracciate nella filosofia, nella teologia, nel diritto e nella medicina di un lontano passato, in ciò che ha da sempre impegnato l'uomo a *conoscere se stesso e a trovare forme di rimedio utili a man-*

tenersi in uno stato di equilibrio». ⁸¹

Franco Blezza ribadisce che *tutta la pedagogia è mediazione*. Egli sviluppa il concetto di "interlocuzione pedagogica" ritenendola "erede legittima del dialogo socratico", una relazione d'aiuto di forma esplicita che si attua solo sul piano cosciente, con l'accorgimento di distinguere tra problemi e situazioni problematiche. ⁸²

La tematica della "mediazione educativa" – alla base del discorso relativo alla pedagogia clinica – è stata sviluppata negli anni '80 del secolo scorso, in particolare da Riccardo Massa il quale pubblicò il volume con un titolo curioso: *La clinica della formazione. Ricerca e Counseling in ambito educativo e socio-sanitario*. Egli considera la *clinica della formazione* come *pratica di consulenza e supervisione, come mediazione educativa* tra il mondo della vita (mondo vitale) e quello della formazione (azione intenzionale). Questa mediazione è detta «*latenza pedagogica*». ⁸³

Ciò che merita una considerazione è che da tutto ciò emerge il significato sostanziale dell'azione educativa da sempre concepita come *rapporto interpersonale e intenzionale*, di aiuto/guida/sostegno alla crescita umana dell'educando.

L'attenzione al singolo, l'importanza data al colloquio (diagnostico, orientativo e di ricerca anche solidale), la visione ecologica e globale sono, infatti, tratti tipicamente caratteristici dell'azione educativa autentica.

Un altro aspetto degno di nota è che la Pedagogia clinica punta sul principio cardine dell'educazione nel senso etimologico del termine, che deriva da *ex ducere*, e significa *tirar fuori* ciò che già è presente nell'individuo, per

cui l'aiuto che gli si offre professionalmente deve collocarsi in una visione globale e *olistica* dell'essere umano.⁸⁴ Nello sviluppo della cosiddetta pedagogia clinica, dunque, emerge una stretta connessione soprattutto tra l'ambito pedagogico, quello psicologico e quello sanitario.

6.3. La "prevenzione educativa"

Una prospettiva particolarmente significativa è quella proposta dalla pedagogista Sara Amalia Rossetti. Nel volume *La prevenzione educativa*,⁸⁵ l'autrice difende «l'appartenenza intrinseca del paradigma preventivo alle scienze dell'educazione» mentre evidenzia come sia avvenuta una certa «espropriazione di competenze, abilità, nonché di saperi teorici, propri delle professioni educative» a favore di prassi medicalizzanti che si appropiano della dimensione preventiva. Quest'ultima, in realtà, è una componente essenziale dell'educazione che «svolge sempre e comunque un'azione di prevenzione, prima che di eventuale cura».⁸⁶

Ora, il concetto di prevenzione finora diffuso nell'ambito soprattutto sanitario ha concorso a restringerne la valenza semantica, facendolo coincidere con gli interventi nei confronti di rischi specifici che richiedono provvedimenti specialistici. Al contrario, è l'educazione *tout court* ad avere una dimensione preventiva che si esprime abitualmente «all'interno di situazioni di quotidianità e di normalità, e attraverso quelle attività che tendono a ridurre i rischi di un possibile incontro con il malessere e con il disagio».⁸⁷ In tal modo si riscatta l'idea di una «azione preventiva che è [...] azione educativa,

in quanto strutturalmente connessa a letture del mondo, attribuzioni di senso, formulazioni di ipotesi su ciò che è adattamento e disadattamento sociale, su ciò che è adeguato e inadeguato in un particolare contesto».⁸⁸

Di conseguenza, cambia anche il modo di "fare prevenzione" nel senso di abbandonare prassi soltanto mirate alla cura e di «lavorare sui processi più che sui contenuti: [infatti], se obiettivo della prevenzione educativa è modificare atteggiamenti e comportamenti, è indispensabile agire su tutto ciò che consente a un individuo di scegliere, attribuendo un significato personale alle informazioni che riceve, agli stimoli offerti dalle persone che incontra e alle cose di cui fa esperienza».⁸⁹

Il concetto di prevenzione va quindi ampliato e integrato aggiungendo al sostantivo l'aggettivo *educativa*. Anzitutto, è necessario recuperare il significato etimologico del termine "prevenire" nella sua doppia valenza: «L'una (prevenire come "evitare", "impedire", "sventare", "ostacolare", "scongiurare") scaturisce in via indiretta dalla connotazione negativa implicitamente attribuita all'oggetto destinatario della stessa azione preventiva e quindi si previene il verificarsi di qualcosa che viene ritenuto comunque negativo; l'altra (prevenire come "arrivare prima", "precedere", "anticipare", o, più estensivamente, "agire a monte") è iscritta nell'etimologia stessa del termine, cioè nella composizione delle due voci latine *prae-* (prima) e *venire*».⁹⁰ In tal modo si giunge a far coincidere il significato di prevenzione con la *promozione* del benessere, sia individuale che collettivo.

Servendosi del contributo di vari studiosi,⁹¹ la Rossetti afferma che l'azione

preventiva «è un'azione educativa»⁹² e sviluppa così il concetto di «promozione educativa». Questa suppone che, all'accezione negativa di *fare contro* che ha caratterizzato la prevenzione in questi ultimi decenni, si affianchi il concetto di «prevenzione come azione educativa volta ad aumentare il benessere del soggetto e a promuoverne abilità utili per affrontare i compiti evolutivi e i cambiamenti esistenziali, nonché a rafforzarne caratteristiche che possano sopperire a eventuali fragilità».⁹³

A livello metodologico scaturisce quindi l'istanza di abbandonare prassi meramente orientate a individuare elementi di rischio, a favore di azioni volte ad organizzare attività promozionali culturali, scientifiche, informative e formative rivolte al maggior numero di destinatari individuandoli nei contesti della normalità. In tal modo si contribuisce a rendere forte (*empowered*) la persona, facendo in modo che possa sentirsi adeguata alle diverse situazioni che si trova ad affrontare, potendo far ricorso a differenti risorse che le consentano tanto di costruire un progetto per il futuro, quanto di gestire con efficacia le situazioni contingenti.

In questo approccio è centrale il concetto di *educazione promozionale* – un'espressione sia pure ridondante – in cui la salute è vista come esperienza che abbraccia le fasi di benessere ma anche quelle di malessere, le dimensioni individuali e collettive. L'aspetto educativo di questo orizzonte punta a far emergere le qualità personali (sensibilità, rigore, tenacia) e le abilità caratteristiche di base (autocoscienza, autostima, capacità analitiche, relazionali, comunicative) at-

traverso attività esperienziali.

Finalmente, la prevenzione educativa si riconosce quindi in un processo educativo più complesso e articolato, che ha lo scopo (finalità negativa) di contrastare processi di emarginazione e disadattamento (*fare contro*), ma soprattutto (finalità positiva) di migliorare l'ambiente sociale e culturale in cui l'individuo si muove, stimolandone l'autonomia e la consapevolezza di sé, ma anche la dimensione decisionale e progettuale, promuovendo cioè “ben-essere” inteso come possibilità di *avere un progetto* per il futuro.⁹⁴

Conclusione

La prevenzione, come si è visto, dal punto di vista concettuale – fortemente poliedrico e complesso – è in stretto rapporto col concetto di salute e ha compiuto una graduale trasformazione passando da una definizione ristretta “negativa” nel senso di *evitare e/o bloccare* malattie, rischi, disagi, a quella positiva ampia che include l'azione promozionale, multidimensionale, sempre più vicina ai diritti fondamentali dell'uomo.

Le riflessioni hanno avuto luogo soprattutto in sedi internazionali a cura dell'OMS e si sono raccolte attorno al concetto di salute che è andato evolvendosi significativamente nel tempo e la cui promozione oggi coinvolge tutti e tutte le istituzioni locali e internazionali.

Tale discorso merita un'attenzione particolare a cui verrà dedicata la Parte II del presente articolo, nel prossimo numero della Rivista.

NOTE

¹ Sulla “cultura della salute” cf COSIMO Guido - VERNI Giuseppe (a cura di), *Cultura della salute e scuola: percorsi, riflessioni ed esperienze*, Bari, Ufficio Scolastico Regionale Puglia. Comitato Tecnico Provinciale Educazione alla Salute, 272 p., in http://www.ossefor.org/goppubbvolume_1.pdf (25-04-2015); *Cultura della salute*, in <http://www.quint-essenz.ch/it/topics/1274> (31-08-2010). Sulla nuova cultura della salute e della prevenzione cf MORGANTI Annalisa, *Una nuova “cultura” della salute*, in <http://www.vegajournal.org> › Home Archivio 2007 12 - Anno III Numero 3; *Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione*, in <http://www.guadagnaresalute.it> › Programma nazionale (25-04-2015); LIUCCIO Michaela, *Nuova cultura della salute*, in <http://www.comunicazione.uniroma1.it/Corso.asp?IdCattedra=3948&IdLaurea=0&IdCorso=4639&TagId=C2> (19-04-2015).

² La nostra è chiamata anche “società della prevenzione”, definizione che ne riassume altre: società dell’informazione, del rischio, della sorveglianza, dell’insicurezza (cf PITCH Tamar, *La società della prevenzione*, Roma, Carocci 2008).

³ Il contrasto delle situazioni nel mondo attuale è ben espresso nei titoli delle pubblicazioni di BAUMANN Zigmunt, *Homo consumens. Lo sciamano inquieto dei consumatori e la miseria degli esclusi*, Gardolo (TN), Erickson 2007. Cf inoltre i titoli degli altri volumi dello stesso autore sulla società attuale, in particolare: *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*, Bari-Roma, Laterza 2004. Un’attenzione particolare merita il volume del noto sociologo tedesco Ulrich BECK († 2015) la cui pubblicazione è stata tradotta in ben 35 lingue: *La società del rischio. Verso la seconda modernità* (1986), Roma, Carocci 2000. Una seconda edizione aggiornata è stata pubblicata nel 2007.

⁴ Al riguardo cf lo studio di RUFFINATTO Piera, *Don Bosco e la prevenzione educativa nel e oltre il suo tempo*, in *Rivista di Scienze dell’Educazione* 53(2015)1, 82-98.

⁵ «Il termine ‘salute’ non è certamente univoco. Non lo è per la gente comune, non lo è stato nel corso del tempo neppure in ambito scientifico. Ognuno di noi costruisce la propria definizione di salute ritagliando “porzioni di realtà” e da ciò conseguono differenti com-

portamenti o applicazioni operative». Occorre pertanto «fare i conti con una serie di contenitori semantici quali “prevenire”, “curare”, “salute”, “benessere”, “promozione” che non sono di appannaggio assoluto della psicologia» (CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE DEGLI PSICOLOGI [CNOP], *Parere sulla Prevenzione/Promozione in ambito psicologico*, in <http://www.psy.it/allegati/promozione-e-prevenzione.pdf>, 4 [24-01-2015]).

⁶ Cf REGOLIOSI Luigi, *Evoluzione del concetto di prevenzione*, in BENAGLIO Anna Maria - REGOLIOSI Luigi, *Ripensare la prevenzione. Vecchie e nuove dipendenze: è possibile una prevenzione specifica?*, Milano, Unicopli 2002, 27-35. Circa l’evoluzione storica della normativa di sicurezza e tutela della salute dei lavoratori cf GRIECO Antonio - BERTAZZI Pier Alberto (a cura di), *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*, Milano, FrancoAngeli 1997. Circa l’evoluzione del concetto di salute vedi anche *Tema1: Concepto de salud - EUTM*, in <http://www.eutm-fmed-edu.uy/saludpublica/TEMA.pdf> (17-04-2014); TALAVERA Marta, *El concepto de salud. Evolución histórica*, in <http://www.elartedepreguntar.files.wordpress.com/el> (17-04-2015).

⁷ Cf *Dizionario etimologico on line*, in <http://www.etimo.it/?term=prevenire> (17-04-2015).

⁸ Cf GELMI Ornella (a cura di), *L’istruzione artigianale e professionale di don Bosco nella realtà dell’Ottocento*, in <http://www.unibg.it/dati/bacheca/682/38050.pdf> (24marzo 2015).

⁹ Prima del 1948 (cf *infra* nota 21) una definizione di salute è così presente in *Webster’s 1913 Dictionary*: «The state of being hale, sound, or whole, in body, mind, or soul; especially, the state of being free from physical disease or pain».

¹⁰ CAPLAN Gerald, *Principles of preventiv psychiatry*, London, Tavistock 1964, xi-304.

¹¹ Il *Glossary of Terms used in Health for All* (OMS 1984) così definisce i tre livelli di prevenzione: «La prevenzione primaria è volta a prevenire l’insorgere iniziale di una malattia. La prevenzione secondaria e terziaria sono invece volte ad arrestare o a ridurre le malattie già esistenti e i loro effetti, attraverso una diagnosi precoce e una terapia appropriata, oppure a ritardare le recidive e il passaggio ad uno stato di cronicità, per esempio attraverso

un'efficace riabilitazione» (citato in WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Health Promotion Glossary*, Geneva 1998 [<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>], tradotto in italiano: *Glossario O.M.S. della Promozione della Salute*, Torino, DoRS Regione Piemonte 2012, 5).

¹² Cf SANTELLI BECCEGATO Luisa, *Pedagogia sociale e ricerca interdisciplinare*, Brescia, La Scuola 1979; Id., *Pedagogia sociale: riferimenti di base*, Brescia, La Scuola 2001, 71-72; COLLECCHIA Nicola (a cura di), *Adolescenti e prevenzione. Disagio, marginalità, devianza*, Roma, Il Pensiero Scientifico 1995; REGOLIOSI Luigi, *La prevenzione possibile*, Milano, R. Cortina 1995; ANGELONI Grazia, *La prevenzione come problema della pedagogia professionale*, in http://www2.unich.it/unichieti/ShowBinary/Area_Siti12/file.ppt in pdf, D20 (24-03-2015).

¹³ Si parla anche di "prevenzione attiva" che «rappresenta un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria [...]; si pone in un'ottica di promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino [ad es. con la partecipazione a vaccinazioni, *screening*]. Il ruolo attivo, anziché passivo, ha il vantaggio di sollecitare i soggetti interessati così da evitare che essi trascurino, per disattenzione o disaffezione, le azioni necessarie ad ottimizzare gli interventi di diagnosi e cura» (PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA 2004-2006, in http://www.epicentro.iss.it/piano_prevenzione/PianoPrevenzione04-06.pdf) (25-3-2015,1).

¹⁴ La Dichiarazione di Alma Ata (Kazakhstan), composta di 9 articoli, è stata redatta dalla Conferenza Internazionale organizzata dall'OMS sull'assistenza sanitaria di base svoltasi dal 6 al 12 settembre 1978.

¹⁵ Cf ad esempio CONTESSA Guido, *Prevenzione primaria delle tossicodipendenze*, Milano, CLUED 1984; TARTAROTTI Lorenzo, *Droga e prevenzione primaria. Prospettive e strategie dell'intervento preventivo scolastico*, Milano, Giuffrè 1986; BISLENGHI Laura - PERELLI Ginevra (a cura di), *Un approccio alla prevenzione primaria delle tossicodipendenze: la logica dei "moltiplicatori della azione preventiva" in una prospettiva storica*, Città di Milano, ASL 2000;

DURLAK Joseph A., *School-based Preventive Programs for Children and Adolescents*, Thousand Oaks (CA), Sage 1995.

¹⁶ L'approccio *patogenetico* esige di individuare i fattori di rischio e i meccanismi che provocano le malattie per ridurli o eliminarli onde intervenire nel decorso delle malattie per migliorare la prognosi e per ridurre il numero dei malati e dei morti.

¹⁷ L'indicazione della data dello Statuto dell'OMS viene fatta in modo vario a seconda degli studiosi, ma si riferisce allo stesso testo (vedi *infra* nota n. 20).

¹⁸ «La *prevenzione*, la diagnosi e la cura di malattie si basano, ovviamente, sulle conoscenze riguardanti la loro "patogenesi", mentre la *promozione* della salute intesa come benessere fisico, mentale e sociale non può che basarsi sulle conoscenze riguardanti i fattori che generano salute, cioè la "salutogenesi"» (TAVASANIS Giancarlo, *Evoluzione del concetto di salute*, in <http://www.biblioteca.asmn.re.it/allegati/Corso%20mmg/evoluzioneconcettosalute.pdf>, 5) (25-04-2015). Di conseguenza, è importante studiare la *salutogenesi*, ovvero individuare ed intervenire sui prerequisiti e sui determinanti della salute per migliorare i processi esistenziali e per migliorare la qualità della vita. I prerequisiti della salute sono: la pace, l'acqua, il cibo, un tetto, l'istruzione, un lavoro, un reddito sufficiente, svolgere un ruolo utile nella comunità. I determinanti della salute sono: stili di vita sani, ambiente totale //Genoma, Modello organizzativo dei servizi sanitari e sociali (cf TAVASANIS, *Promuovere la salute. Introduzione al concetto*).

¹⁹ Cf PACCAGNELLA Bruno, *L'evoluzione del concetto di salute*, in S.A., *Pace diritti umani* (2005)3, 21. La complessità del processo di definizione della salute è ben descritta da Marta Talavera che esplicita tre componenti concettuali da considerare: a) diversi contesti d'uso (medico-assistenziale, culturale, sociologico, economico-politico, filosofico-antropologico, ideale e utopico); b) diversi presupposti di base; c) diversi ideali sulla salute (cf TALAVERA Marta, *El concepto de salud. Evolución histórica*, in <https://elartedepreguntar.files.wordpress.com/el/>) (17-4-2015). Circa l'evoluzione del concetto di salute cf ancora *Tema1: Concepto de salud - EUTM*, in <http://www.eutm-fmed-edu.uy/saludpublica/TEMA.pdf> (17-04-2014).

²⁰ La definizione di salute del 1948 fu adottata nella Conferenza internazionale del 1946 a New York, fu firmata da 61 Stati (cf *Official Records of the World Health Organization*, n° 2, art. 1) ed è entrata in vigore il 7 aprile 1948).

²¹ Come viene osservato nel *Glossario O.M.S. della Promozione della Salute*, «le definizioni, per loro natura, sono restrittive in quanto rappresentano la sintesi di idee ed azioni complesse» (p.7). Questo inciso si riferisce anche alla definizione di salute del 1948.

²² Alessandro Seppilli (1902-1995) fu collaboratore dell'OMS e creatore della Scuola per l'educazione sanitaria (Perugia), così pure fondatore delle riviste *Educazione Sanitaria* e *Promozione della Salute* e *La Salute Umana* (cf BEATINI Paola et alii [a cura di], *Alessandro Seppilli, scienziato, politico, educatore. Convegno nazionale nel decennale della scomparsa*, Perugia [Sala dei Notari], 18-19 febbraio 2005, in *Educazione Sanitaria e Educazione alla Salute* 29 [2006]1).

²³ Aaron Antonovsky (1923-1994) ha studiato la relazione tra stress, salute e benessere (cf *Id.*, *Health, Stress and Coping*, San Francisco, Jossey-Bass 1979; *Id.*, *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers 1987).

²⁴ Lo stato di salute delle persone viene visto su un *continuum* dove malattia e salute sono i poli opposti, e la persona viene vista nella sua interezza in tutti gli aspetti del benessere personale. La salutogenesi parte dal presupposto che tutte le persone siano più o meno sane e contemporaneamente più o meno malate. Secondo l'autore è sempre possibile identificare dei fattori protettivi negli individui e l'obiettivo di coloro che si occupano di salute dovrebbe essere proprio quello di promuovere questi fattori nei singoli e nella società. In che modo promuoverli? Alla base del suo pensiero, sono presenti i concetti di resilienza, di autoefficacia (*self-efficacy*), sviluppati in particolare in questi ultimi decenni (cf DE FILIPPO Annalisa, *Lo stress salutogenico* [29 maggio 2007], in <http://www.psiconline.it/article.php?sid=6266>) (30-03-2015).

²⁵ Sarebbe interessante esaminare i documenti dell'*Unione Internazionale per la Promozione e l'Educazione alla Salute* (IUHPE); un'associazione professionale di individui e organizzazioni che dal 1951 affronta il tema della

salute e l'educazione alla salute, e organizza quasi ogni 3 anni conferenze internazionali su tali tematiche. Nel 2016 è prevista la 23ª conferenza internazionale a Curitiba (Brasile). Dal 1986 tali incontri vengono organizzati insieme all'OMS.

²⁶ La Conferenza fu organizzata dalla OMS, dall'Organizzazione Pan Americana della Salute, dall'UNICEF, e patrocinata dalla Unione Sovietica. Il suo motto fu: *Salute per tutti entro il 2000*.

²⁷ Il testo si trova in <http://www.psy.it/allegati/promozione-e-prevenzione.pdf>, p.56 (30-03-2015). Il *Parere* fa riferimento all'art.1 della Legge 56/89 relativo all'attività di Prevenzione che recita: «La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno o in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito». Di fronte al vincolo normativo che riserva l'esercizio della professione di Psicologo ai soli iscritti all'Ordine degli Psicologi, nella Presentazione del *Parere* viene indicata la necessità di «definire cosa è caratteristico, e quindi prerogativa esclusiva, della professione di psicologo e, al contempo, responsabilmente stabilire i confini della professione stessa» (*ivi* 4).

²⁸ Nei soli database bibliometrici psicologici esiste un corpus di oltre 50.000 articoli scientifici prodotti negli ultimi decenni su scala mondiale sul tema della prevenzione e della promozione della salute e, al riguardo, si fa riferimento soprattutto a PsychInfo, PubMed, liberamente accessibili online (cf *ivi* 20 e in particolare PIETRANTONI Luca, *La psicologia della salute*, Roma, Carocci 2001; ZANI Bruna - CICOGNANI Elvira, *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino 2000). Esistono anche periodici scientifici riguardanti la psicologia della salute. Per quanto riguarda la formazione e l'esercizio della professione di psicologo in Italia rimando alla legge 56/89 e al DPR 328/2001. Sulle cosiddette "Discipline della prevenzione" in Italia cf L.251/2000 riguardante la *Disciplina delle professioni sanitarie*.

²⁹ Cf CNOP, *Parere* 18.

³⁰ *Ivi* 7.

³¹ WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*,

Geneva, WHO 1986. Cf CNOP, *Parere 5*.

³² CNOP, *Parere 5*.

³³ *Ivi 17*. Il documento presta significativa attenzione alla considerazione medica della prevenzione (cf *ivi 16-18*) intendendo per funzione professionale «un insieme processuale di azioni, finalizzato e integrato, contestualizzato e ancorato semanticamente» (*ivi 18*). Secondo le normative italiane la «Prevenzione e promozione della salute» è «una componente imprescindibile ed integrante dell'azione tipica "sanitaria", assieme a componenti quali la diagnosi e la terapia, e contribuisce a costruire la sua identità complessiva, rendendola efficace. Tale ambito è variamente connotato in senso psicologico, sia in ordine alla prevenzione/promozione della salute di area psicologica ed emotivo-relazionale, sia, nella più generale promozione di comportamenti ed atteggiamenti legati alla salute, ai metodi ed ai modelli di intervento che caratterizzano tali attività e che sono di natura strutturalmente psicologica» (*l.cit.*)

³⁴ *Ivi 16-18*.

³⁵ *Ivi 18-21*.

³⁶ *L. cit.* Si noti che al posto dell'aggettivo "mentale" viene usato "psicologico".

³⁷ Cf ad es. CONTESSA Guido, *La prevenzione. Teorie e modelli di psicosociologia e psicologia di comunità*, Milano, Città Studi 1994.

³⁸ Cf CNOP, *l. cit.*

³⁹ *Ivi 20*. Perciò si ribadisce: «Non è del resto possibile prevenire professionalmente i disagi emotivi o promuovere processi di "crescita personale", senza possedere, ad esempio, solide competenze sulla psicologia dei processi di sviluppo, personologici, delle dinamiche affettive e relazionali, sulla salute mentale, sulla psicopatologia, sulla psicologia della comunicazione e dei gruppi» (*l. cit.*).

⁴⁰ *Ivi 5*. La definizione di psicologia come "scienza delle relazioni" (individuo, gruppi, comunità) è presente nella L.170/2003 e nell'art. 3 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in cui si afferma che «lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità» (*l. cit.*). E ancora, essa si trova nella Legge di Ordinamento per la Professione di Psicologo (cf L56/1989).

⁴¹ CNOP, *Parere 6*.

⁴² Cf MILANI Maurizio, *La essenziale modificabilità del giudicato sulla pena*. Tesi di laurea (Università degli Studi di Firenze - Facoltà di Giurisprudenza, 2014 guidata dal prof. Fabrizio Corbi). Cf anche SCORDAMAGLIA Irene, *Il diritto penale della sicurezza del lavoro tra i principi di prevenzione e di precauzione*, in *Diritto Penale Contemporaneo* (2010-2012) pdf, in <http://www.penalecontemporaneo.it/1353541107SCORDAMAGLIA2012b> (24-03-2015). PADOVANI Tullio, *Il nuovo volto del diritto penale del lavoro*, in *RTDPL*.1996; GIUNTA Fausto - MICHELETTI Dario (a cura di), *Il nuovo diritto penale della sicurezza nei luoghi di lavoro*, Milano, Giuffrè Editore 2010.

⁴³ Milani pone queste teorie accanto a quella della *retribuzione* secondo cui la pena necessaria va applicata *quia peccatum est*. Tale teoria individua il fondamento del male non nella coscienza umana, bensì nell'ordinamento giuridico, per cui la sanzione serve non solo a "retribuire" il male commesso, ma anche a riaffermare l'autorità della legge che è fonte della sanzione stessa la quale deve essere "proporzionata" al male commesso (cf *Id.*, *La essenziale modificabilità 2*).

⁴⁴ *Ivi 2*.

⁴⁵ Come rileva ancora Milani, «di questo duplice scopo si deve tener conto già nel momento di creazione legislativa di un sistema sanzionatorio differenziato e non solo nel momento esecutivo attraverso l'individualizzazione del trattamento» (*ivi 3*).

⁴⁶ Almeno sul piano della riflessione, è diffuso oggi il riconoscimento dell'importanza della prospettiva personalistica al riguardo (cf EUSEBI Luciano, *Quale prevenzione dei reati? Abbandonare il paradigma della ritorsione e la centralità della pena detentiva*, in DE NATALE Maria Luisa, *Pedagogisti per la giustizia*, Milano, Vita e Pensiero 2004, 65-114).

⁴⁷ Cf PITCH Tamar, *La società della prevenzione*, Roma, Carocci 2008. Per "prevenzione" l'autrice intende l'insieme dei mezzi e delle strategie capaci di ridurre i rischi di vittimizzazione. Al riguardo cf anche MAZZUCATO Claudia, *Il diritto minorile: un modello di cultura giuridica per le sfide della civiltà democratica. L'esempio della giustizia penale*, in DE NATALE, *Pedagogisti per la giustizia* 165-224.

⁴⁸ Cf SCORDAMAGLIA, *Il diritto penale della sicu-*

rezza del lavoro; PADOVANI Tullio, *Il nuovo volto del diritto penale del lavoro*, in *Riv. trim. dir. pen. econ.* (1996), 1161.

⁴⁹ *Evoluzione del concetto di sicurezza*, in http://www.uniroma1.it/sites/default/files/Materiale_didattico.pdf, p.5 (25-04-2015).

⁵⁰ Data la complessificazione dei fattori di rischio, anche nell'ambito del diritto penale si parla del «passaggio dalla logica dell'abbattimento del pericolo a quella della riduzione dei rischi» o del «passaggio dalla regola cautelare alla regola precauzionale» (PERINI Chiara, *Il concetto di rischio nel diritto penale moderno*, Milano, Giuffrè 2010, 174) e della «minimizzazione dei rischi» (MORGANTE Gaetana, *Spunti di riflessione su diritto penale e sicurezza del lavoro nelle recenti riforme legislative*, in *Cass. Pen.*, [2010]9, 3319.), così pure del «passaggio dalla tutela dai pericoli alla prevenzione dei rischi» (SCORDAMAGLIA, *Il diritto penale della sicurezza*). Anche il concetto di «rischio», pertanto, «presenta una problematica polisemia ed eterogeneità dei campi di impiego che rendono difficile, [...] la distinzione di una nozione propria dello stesso all'interno del diritto penale» (PERINI, *Il concetto di rischio* 174).

⁵¹ In materia di prevenzione degli infortuni si parla di «sicurezza partecipata» (cf <http://www.diritto.it/materiali/lavoro/staiano2.html>) (25-04-2015).

⁵² Cf GIUNTA Fausto - MICHELETTI Dario (a cura di), *Il nuovo diritto penale della sicurezza nei luoghi di lavoro*, Milano, Giuffrè Editore 2010, 91.

⁵³ Cf SCORDAMAGLIA, *Il diritto penale della sicurezza*.

⁵⁴ In Italia ad esempio, sulla valutazione dei rischi (di «tutti i rischi») a carico del datore di lavoro cf D. Lgs 626/94, art.17; sulla tutela della salute e della sicurezza del lavoro, D. Lgs 81708, in particolare l'art.15.

⁵⁵ Tra i trattati intitolati *Pedagogia sociale* tale tematica è presente in POLLO Mario, *Manuale di pedagogia sociale* = L'educazione alla salute e la prevenzione, Milano, FrancoAngeli 2004, 342-362; SANTELLI BECCEGATO Luisa, *Pedagogia sociale: riferimenti di base*, Brescia, La Scuola 2001, 71-72; TRAMMA Sergio, *Pedagogia sociale*, Milano, Guerini 2010, 153-161.

⁵⁶ SANTELLI BECCEGATO, *Pedagogia sociale* 70.

⁵⁷ Cf *ivi* 71-72; ANGELONI, *La prevenzione D20*;

ROSSETTI Sara Amalia, *La prevenzione educativa*, Roma, Carocci 2010, 16-22; POLLO, *Manuale di pedagogia sociale* 347-350.

⁵⁸ Cf CAIRO Maria Teresa, *Educazione alla salute. Soggetti e luoghi*, Brescia, La Scuola 1994.

⁵⁹ Vedi sopra, nota n.15. In Spagna l'educazione alla salute – *Educación para la Salud* (EpS) – è considerata come uno dei campi di innovazione della Riforma educativa (cf <http://www.stec.cat/~imarias/>) (21-03-2015). La EpS, anzi, ritenuta tra le più giovani discipline nell'ambito delle scienze della salute (cf <http://www.ocw.unican.es>) (21-03-2015), è concepita come uno dei pilastri fondamentali della Salute Pubblica. La sua finalità è quella di ottenere una condotta che migliori le condizioni di vita (<http://www.rincondelvago.com/educacion-para-la-salud.html>) (21-03-2015). Per quanto riguarda l'*éducation à la santé* in Francia cf <http://www.education.gouv.fr/.../la-sante-des-eleves.html> (21-03-2015).

⁶⁰ I dibattiti e gli orientamenti per l'educazione alla salute da parte dell'OMS risalgono all'anno 1950, poi si sono susseguiti negli anni: 1954, 1958, 1960, 1964, in particolare nell'anno 1974, nel 1992 e nel 1996. Nel 1992, in collaborazione con l'UNESCO e l'UNICEF, l'OMS pubblicò un documento intitolato *Comprehensive school health education: suggested guidelines for action*. Già nel 1962 si occupò della formazione degli operatori in questo ambito: WHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Postgraduate Preparation of Health Workers for Health Education* (1962), in <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40585> (21-03-2015).

Uno dei più recenti documenti dell'OMS è: WHO, *Promotion Health Through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*, Geneva, WHO 1997 (WHO Technical Report Series, No.870).

⁶¹ *Glossario O.M.S.* 5.

⁶² N.7, riportato in FERRAZZI Giorgio, *Educazione alla salute nella scuola: significati, problemi, prospettive*, in CORRADINI Luciano - PIERETTI Antonio - SERIO Giuseppe (a cura di), *Educazione alla salute tra prevenzione e orientamento*, Cosenza, Pellegrini 1992, 43.

⁶³ *L.cit.*

⁶⁴ L.cit.

⁶⁵ L.cit.

⁶⁶ Citato in *ivi* 40.

⁶⁷ Cf CHANG Hiang-Chu Ausilia, *La scuola al naufragio? Riscoprire le funzioni della scuola nel XXI secolo*, in AA.VV., *Il bene cultura, il male scuola*, Roma, Armando 1999, 105-121.

⁶⁸ Cf CATALANO Luigi - CATALANO Piero (a cura di), *Educare per prevenire: idee guida, indicazioni normative e strumenti operativi* (1976-1989), Roma, MPI 1989; CORRADINI - PIERETTI - SERIO (a cura di), *Educazione alla salute*, sopra ricordato, presenta gli Atti del VII Convegno internazionale di Praia a Mare (28-31 ottobre 1990) sul tema *Il diritto alla salute e al lavoro nell'Europa degli anni '90*. Cf anche POLLO Mario, *Manuale di pedagogia sociale*, Milano, FrancoAngeli 2004, 342-362; REGOGLIOSI Luigi, *La prevenzione del disagio giovanile*, Roma, Carocci 1994.

⁶⁹ CORRADINI - PIERETTI - SERIO, *Educazione alla salute* 5; cf anche *ivi* 5-10.

⁷⁰ *ivi* 9. Nell'ambito italiano sono state realizzate alcune esperienze nazionali interessanti che vanno sotto il nome di *Progetto Giovani '93* (PG/93), *Progetto Ragazzi 2000*.

⁷¹ CORRADINI, *La legge 162/90 e il Progetto Giovani '93*, in *ivi* 22. Sul contenuto di questo Progetto cf ancora *ivi* 19-36. È significativo, soprattutto dal punto di vista propriamente pedagogico, il noto slogan ministeriale diffuso con tali progetti: «*star bene con se stessi, star bene con gli altri e star bene nelle istituzioni*».

⁷² Grazia Angeloni è docente presso l'Università agli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara. Facoltà di Scienze Sociali. Nel suo contributo sviluppa i seguenti argomenti: *Pedagogia e prevenzione - Pedagogia, prevenzione e formazione - Il colloquio clinico - Apprendimento trasformativo degli stili di vita - L'aiuto pedagogico nel contesto familiare - Cultura scientifica e pedagogia della prevenzione - La pedagogia dell'autoprevenzione - Formazione umana e prevenzione della violenza - La prevenzione come assunzione di responsabilità* (cf *Id.*, *La prevenzione come problema di Pedagogia professionale* [pdf], in http://www2.unich.it/unichieti/ShowBinary/Area_Siti12/file) (24 marzo 2015). Il materiale di consultazione da lei indicato riguarda solo: BLEZZA Franco (a cura di), *Pedagogia della*

prevenzione, Torino, Centro Scientifico Editore 2009.

⁷³ Cf ANGELONI, *La prevenzione* D7.

⁷⁴ *Ivi* D14.

⁷⁵ *Ivi* D16. Angeloni, che intende per *educazione* «impostazione della prassi, presa in cura del soggetto in senso preventivo e previsionale», afferma: «La prevenzione necessita di pedagogia» (*ivi* D19).

⁷⁶ *Ivi* D16.

⁷⁷ In Italia esiste anche un'Associazione Nazionale Pedagogisti Clinici (ANPEC) costituita con Atto Pubblico il 28 marzo 1997 e registrata a Firenze il 16 aprile 1997 al n° 2423; il "pedagogista clinico", generalmente in possesso di Laurea Magistrale in Pedagogia o in Scienze Pedagogiche e con ulteriori qualificazioni specifiche in Pedagogia clinica, è un professionista regolamentato dalla Legge 14.01.2013 n° 4.

⁷⁸ Cf PESCI Guido, *I presupposti epistemologici della Pedagogia Clinica* 1974. Sulla tematica vedi anche le recenti pubblicazioni che offrono un inquadramento in sintesi: SOLA Giancarla, *Introduzione alla pedagogia clinica*, Genova, Il Melangolo 2008; *Id.*, *Verso una pedagogia clinica*, 2009, 187-198, in <http://www.fupress.net/index.php/sf/article/download/8595/8043> (24-03-2015).

⁷⁹ Cf ANGELONI, *La prevenzione* D44 e 45.

⁸⁰ Cf CRISPIANI Piero, *Pedagogia clinica. La pedagogia sul campo, tra scienza e professione*. Azzano S. Paolo MI, Edizioni Junior 2001, 29. Crispiani è teorico della pedagogia clinica e direttore della Collana di Pedagogia clinica presso le edizioni Junior di Milano.

⁸¹ PESCI Guido, *Pedagogia clinica. Le basi epistemologiche*, in *Il Portale del Pedagogista Clinico*, 1974 in <http://www.guidopesce.it/www.isfar-firenze.it> (24-03-2015). Corsivo mio; http://www.clinicalpedagogy.com/contributi/basi_epistemologiche.pdf (24-03-2015). Cf ancora *Id.*, *Epistemologia*, Firenze, Edizioni Scientifiche ISFAR 1998; *Id.*, *Pedagogia Clinica. La pedagogia in aiuto alle persone*, Torino, Omega 2012; *Id.* - PESCI Anna, *Pedagogia clinica in classe*, Roma, Edizioni Magi 1999.

⁸² Cf BLEZZA Franco, *Posizione del problema*, in *Id.* (a cura di), *Pedagogia della prevenzione*, Torino, Centro Scientifico Editore, 2009, 7; e ancora *Id.*, *La pedagogia professionale, sociale e clinica*, in *ivi* 27-30; *Id.*, *Pedagogia e preven-*

zione nella formazione del personale sanitario laureato, in *ivi* 44; Id., *Educazione XXI secolo*, Cosenza, Pellegrini editore, 2007, 137; Id. (a cura di), *Pedagogia della prevenzione*, Torino, Centro Scientifico Editore, 2009; Id., *La Pedagogia professionale*, Scriptaweb 2012; Id., *Pedagogia e professioni sociali. Teoria, metodologia, tecnica d'esercizio e casistica clinica*, 2014). Quest'ultimo volume si presenta come un Manuale ad uso dei pedagogisti di professione in formazione continua, dei professionisti operanti nei settori del sociale, sanitario, culturale e didattico e degli studenti universitari delle scienze umane, sociali e sanitarie.

⁸³ Cf MASSA Riccardo (a cura di), *La clinica della formazione*, Milano FrancoAngeli 1992; Id. (a cura di), *La Clinica della Formazione. Un'esperienza di ricerca*, Roma, Armando 1991; Id., *Dalla scienza pedagogica alla clinica della formazione*, Milano, FrancoAngeli 2004; Id., *Ricerca, ricerca empirica e clinica della formazione*, in SOLA Giancarla, *Epistemologia pedagogica. Il dibattito contemporaneo in Italia*, Milano, Bompiani 2002. Sull'autore vedi anche REZZARA Anna (a cura di), *Dalla scienza pedagogica alla clinica della formazione: sul pensiero e l'opera di Riccardo Massa*, Milano, FrancoAngeli 2004.

⁸⁴ Cf FERRARI Francesca, *Che cos'è la pedagogia clinica*, in http://www.ffpedagogia.clinicabs.it/pedagogia_clinica.htm (24-03-2015). Al riguardo F. Blezza ritiene importante recuperare un duplice significato del termine educazione – “estrarre” (*educere*) e “nutrire” (*educare*) – senza quindi riduzionismi o contrapposizioni dell'uno all'altro, bensì considerati in «una visione più mediata, o dialettica» (BLEZZA, *Posizione del problema* 7).

⁸⁵ Cf ROSSETTI Sara Amalia, *La prevenzione educativa*, Roma, Carocci 2010. Sara Amalia Rossetti è dottore di ricerca in Teorie della formazione e modelli di ricerca in pedagogia e didattica presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

⁸⁶ BERTOLINI Piero, *Prevenzione*, in Id., (a cura di), *Dizionario di pedagogia e scienze dell'educazione*, Bologna, Zanichelli 1996, 449. Citato da ROSSETTI, *La prevenzione educativa* 14.

⁸⁷ ROSSETTI, *La prevenzione educativa* 22-23.

⁸⁸ *Ivi* 23.

⁸⁹ *Ivi* 24.

⁹⁰ *Ivi* 25.

⁹¹ Cf TRAMMA Sergio, *Pedagogia sociale*, Milano, Guerini Studio 1999; INGROSSO Marco, *Divenire sensibili alla salute*, in *Animazione sociale* (1996)12, 23-45; Id., *Lettura sociale della salute e promozione della qualità della vita*, in *Animazione sociale* (2000)5, 9-18; ZANNINI Lucia, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*, Milano, FrancoAngeli 2001; LEMMA Patrizia, *Promuovere salute nell'era della globalizzazione. Una nuova sfida per “antiche professionisti”*, Milano, Unicopli 2005; ZANI Bruna - CICONANI Elvira, *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino 2000; CONTESSA Guido, *Prevenzione primaria delle tossicodipendenze*, Milano, CLUED 1994. Probabilmente tali autori, erano buoni conoscitori della *Carta di Ottawa sulla promozione della salute* (1986). Al riguardo vedi anche CONTESSA, *La prevenzione. Teorie e modelli di psicosociologia e psicologia di comunità*, Milano, Città Studi 1994; SCARATTI Giuseppe, *Prevenzione e lavoro educativo: percorsi di valutazione di efficacia*, in BUCCOLIERO Elena - SORIO Cristina - TINARELLI Alberto (a cura di), *Modelli di valutazione della prevenzione primaria in Europa*, Milano, FrancoAngeli 1999, 61-76.

⁹² ROSSETTI, *La prevenzione educativa* 23.

⁹³ *Ivi* 26.

⁹⁴ Cf *ivi* 24-26.