

DALLA PREVENZIONE ALL'EDUCAZIONE

VERSO UNA CONVERSIONE PEDAGOGICA DEL CONCETTO DI SALUTE

HIANG-CHU AUSILIA CHANG

Introduzione

Le riflessioni esposte nel numero precedente della Rivista permettono di cogliere gli elementi essenziali per fare una lettura pedagogicamente significativa del concetto di prevenzione. Lo sviluppo della riflessione mutuata da diverse prospettive disciplinari, lascia intravedere la maturazione di un sempre più chiaro approccio *pedagogico* alla prevenzione. Si tratta di un *passaggio* dalla *prevenzione* alla *promozione* e all'*educazione* propriamente detta e, di conseguenza, di una *conversione pedagogica del concetto di salute* o di *prospettiva pedagogica della salute*. Per meglio giustificare tale affermazione è necessario sondare la riflessione sul concetto di salute maturata nelle sedi internazionali, e promossa soprattutto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che si esprime sia come *Life Skills*, sia anche come «abilità di adattamento e di autogestione».

1. Verso una conversione pedagogica del concetto di salute

Nella Conferenza di Alma Ata (ex Unione Sovietica), svoltasi nel 1978, la salute è stata riconosciuta diritto umano fondamentale di tutti. È dunque logico che, oltre la prevenzione delle malattie, la ricerca sia stata orientata anche alla promozione della salute nel senso soprattutto di prevenzione universale.

1.1. Dalla prevenzione di malattie alla "promozione della salute"

Mentre il verbo "prevenire" si riferisce a quelle azioni che si compiono per

Riassunto

In continuità con lo studio pubblicato nel precedente numero, l'articolo mette in evidenza l'evoluzione del concetto di salute alla luce delle riflessioni compiute a livello internazionale soprattutto a cura dell'OMS. Si sottolinea la significativa conversione *pedagogica* del concetto, ossia l'emergere di una prospettiva pedagogica della salute intesa come graduale passaggio dalla prevenzione alla promozione e all'educazione propriamente detta.

Parole chiave: Nuovo concetto di salute, Prevenzione, Promozione della salute, Educazione, Organizzazione Mondiale della Sanità, Carta di Ottawa (1986), *Life Skills, Life Skills Education, Health Literacy*, Concetto di benessere, Competenze chiave

Summary

In continuity with the study published in the preceding number, this article evidences the evolution of the concept of health in the light of reflections done at international level, especially by WHO. What is highlighted is the significant pedagogical change of its concept. That is, the emergence of the pedagogical perspective of health which consists in a gradual passage from prevention to promotion, and then to the specifically educational perspective.

Key words: New Concept of Health, Prevention, Health Promotion, Education, World Health Organization, Ottawa Charter (1986), *Life Skills, Life Skills Education, Health Literacy*, Concept of Well-being, Key Competencing

difendere *da*, il “promuovere” indica azioni/iniziativa *per/in vista di/verso*. Ora, il termine promozione è tipicamente *pedagogico*: basti pensare alla nota definizione di educazione di san Tommaso d’Aquino: «*Promotio prolis usque ad perfectum statum hominis in quantum homo est, qui est virtutis status*». ¹

In questo caso, però, parlare del passaggio dalla *prevenzione di malattie* alla *promozione della salute* non significa misconoscere l’importanza della prima azione, né tantomeno vuol dire sostituirla per mezzo della seconda, quanto piuttosto, si mette in evidenza la necessità che le due azioni siano integrate, nella consapevolezza della indispensabile pro-

spettiva – direi – pedagogica e sociale della seconda. ² Promuovere, infatti, significa sempre fare un’azione pedagogica e sociale. Quello che si viene dicendo rappresenta quanto in realtà è avvenuto nel tempo, e cioè, il passaggio dalla definizione negativa di salute intesa come assenza di malattie, a quella positiva concepita come stato di benessere, considerazione andatasi affermando a partire dal 1948 grazie all’OMS. ³

Per quanto riguarda la *prevenzione delle malattie*, nel *Glossario O.M.S.* si puntualizza: «Talvolta, prevenzione delle malattie è utilizzato come termine *complementare di promozione della salute*. Sebbene vi sia una frequente sovrapposizione tra le due voci ri-

spetto al contenuto e alle strategie, viene comunque data una definizione separata di prevenzione delle malattie. In questo specifico contesto, è considerata un'azione svolta solitamente dal settore sanitario e diretta ad individui e popolazioni che presentano *fattori di rischio* riconoscibili, spesso associati a diversi *comportamenti a rischio*». ⁴

Il passaggio teorico dalla *prevenzione* alla *promozione* della salute è avvenuto verso la seconda metà degli anni '80, quindi dopo quasi trent'anni dalla definizione conosciuta a livello mondiale. Nel 1984 l'OMS elaborò un *Glossary of Terms used in Health for All* che sarebbe servito di base sia per la prima edizione dell'*Health Promotion Glossary* (1986), sia per le riflessioni svolte alla Conferenza internazionale di Ottawa, celebrata nel 1986, ⁵ che poi costituì il punto di riferimento fondamentale delle successive riflessioni proposte sulla salute. Da allora in poi sono costantemente ribaditi sia il carattere *dinamico* e *interattivo* della salute individuale o di gruppo *con l'ambiente di vita*, sia la conseguente *responsabilità sociale per la salute*.

1.2. La Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986)

Oltre al documento della 1^a Conferenza Europea dei Ministri sull'educazione alla salute (1981) cui si è fatto cenno, merita un'attenzione particolare la prima Conferenza internazionale sulla promozione della salute, svoltasi a Ottawa (17-21 novembre 1986), organizzata unitamente dall'OMS, dal Ministero Canadese della Sanità e del Benessere Sociale e dal-

l'Associazione Canadese di Sanità Pubblica. In essa venne adottata la cosiddetta *Carta di Ottawa per la promozione della salute* (*Ottawa Charter for Health Promotion*), che rappresenta un documento di fondamentale importanza, soprattutto dal punto di vista pedagogico, in quanto la Conferenza, a partire dal suo stesso titolo, studia la questione dalla precisa ottica promozionale della salute.

Secondo la Carta, «la promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo.

Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e, dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere». ⁶

Della salute, quindi, si parla espressamente in termini e in prospettiva *promozionale*, significato vicino al concetto di educazione, per cui la si può considerare una visione propriamente *pedagogica* della salute e la prevenzione, secondo questa ottica, è vista come *promozione* in positivo in riferimento a tre principi direttivi esplicitamente elencati e visti in modo unitario, ossia *solidarietà*, *olismo* ed *ecologia* considerati come «dimen-

sioni indispensabili per l'elaborazione di strategie di Promozione della Salute». Mantenendo la visione unitaria dell'essere umano, e in una concezione *olistica* non solo dell'uomo, ma anche della società nella sua globalità mondiale, si afferma il criterio dell'*equità* chiamando in causa tutti i soggetti implicati: governi, sanità pubblica e privata, organizzazioni non governative e mass media, ecc.

L'approccio arriva a collegare la salute fisica delle persone al *benessere anche spirituale, della comunità e dell'ambiente*, e mette in evidenza l'importanza di un intervento *coordinato e armonico* di una pluralità di soggetti, dagli enti pubblici alle famiglie, dai mezzi di comunicazione alle organizzazioni della società civile.⁷

La Carta di Ottawa indica cinque strategie principali per la Promozione della Salute:

1. Dare avvio a politiche sanitarie (*to create healthy public policy*);
2. Creare un ambiente favorevole (*to build supportive environment*), cioè contesti fisici e sociali a supporto del cambiamento individuale;
3. Rinforzare l'azione comunitaria (*to strengthen community action*), cioè i processi di partecipazione dei cittadini alla formulazione, implementazione e valutazione di politiche che influenzano sulla promozione della salute;
4. Sviluppare le competenze personali (*to develop personal skills*);⁸
5. Riorientare i servizi sanitari in prospettiva di promozione e non solo di cura (*to re-orient health services*).

Si noti che tra questi cinque campi di azione prioritari il quarto riguarda

espressamente lo sviluppo delle capacità individuali per meglio affrontare decisioni inerenti la salute individuale e quella della comunità. Inoltre, vengono considerati come *prerequisiti* per una vera salute: pace, istruzione, abitazione, cibo, ecosistema stabile, ecc., per cui è necessario che siano positivi e non lesivi per l'uomo i vari fattori – politici, economici, culturali, ambientali – per la promozione della salute.

Dalla *Carta di Ottawa* emergono così sia la centralità dell'uomo, sia una visione socio-ecologica della salute che sottolinea l'importanza di *creare le migliori condizioni possibili per un sano sviluppo dell'uomo in tutte le condizioni* (lavoro, tempo libero) e *nelle varie fasi di vita*. Possiamo quindi ben dire che, significativamente, si è giunti ad una convinzione comune sulla necessità di una visione *olistica* della salute, che prende in considerazione la persona umana nella sua globalità e nel suo contesto di vita anche sociale.⁹

La Dichiarazione di Jakarta del 1997, dal titolo *Portare la Promozione della Salute nel XXI secolo*, ribadisce ancora l'attuazione dei suddetti cinque campi d'azione indicati nella *Carta di Ottawa*, anzi vede necessario estenderlo a *tutti* i Paesi. È ancora messa in evidenza l'importanza dell'approccio globale e della *partecipazione attiva* e del coinvolgimento dei cittadini nei processi decisionali. Si parla espressamente dell'approccio *intersectoriale collaborativo e coordinato* (ad esempio, istruzione, cultura, turismo, agricoltura, trasporti, ecc.) in materia di promozione della salute. Emerge, dunque, evidente *la consapevolezza della complessità, della pluralità dei*

fattori, della corresponsabilità di tutti, singoli e istituzioni. Negli anni '90 si moltiplicano così le iniziative di riflessione e azione operativa a livello continentale per rendere sempre più effettiva e diffusa l'azione promozionale a favore della salute.¹⁰

2. Prospettiva pedagogica della salute come «Life Skills» e «Health Literacy»

Come si è visto, da parte dell'OMS, già a partire dagli anni '80, è stata avvertita in modo generalizzato a livello mondiale l'esigenza di cambiare strategia nell'approccio alla salute adottando una prospettiva direi decisamente pedagogica.

Nella *Carta di Ottawa* (1986), infatti, è indicata una strategia dove emerge la consapevolezza dell'importanza di sviluppare le *capacità individuali*. Poi anche nel *Glossario O.M.S.* elaborato nel 1988 e pubblicato nel 1998, l'OMS riprende la definizione data nella *Carta di Ottawa*, ossia la promozione della salute come «*il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute*» e ribadisce che ciò rappresenta un processo globale, sociale e politico, non comprende solo le azioni dirette a rinforzare le capacità degli individui, ma anche quelle dirette a *cambiare le condizioni sociali, economiche, ambientali*.

Di qui a implementare azioni propriamente educative il passo è stato breve. Infatti, agli inizi degli anni '90, anticipando il successivo concetto di "competenza", in particolare quello di competenze chiave di cittadinanza,¹¹ l'OMS ha introdotto il discorso sulle *Life Skills* intese come

«quelle abilità, competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana».¹²

2.1. La salute come Life Skills

Il discorso sulle *Life Skills* non poteva fare a meno di un'azione educativa mirata, cosicché l'OMS pubblicò nel 1993 un documento intitolato *Life Skills Education in Schools*, nel quale furono indicate dieci *abilità necessarie per la vita*, in grado di contrastare soprattutto le dipendenze dalla droga. L'OMS quindi, in accordo con gli Stati, favorì l'attività di prevenzione e di promozione a partire dall'attivazione di processi di formazione da realizzarsi nelle scuole di tutti gli ordini e gradi, compresa l'Università, senza escludere tutte quelle situazioni in cui si apprende in modo intenzionale, sia di tipo istituzionale che a livello di volontariato.¹³ Alle istituzioni educative, in particolare alla scuola, era consegnato l'impegno di *educare* le nuove generazioni alle *competenze per la vita (Life Skills)* affinché si rendessero capaci di gestire problemi, situazioni e domande comunemente incontrate nella vita quotidiana.

Le *Life Skills*, indicate dall'OMS, sono costituite da un nucleo fondamentale di abilità che stanno alla base delle iniziative di promozione della salute e di benessere di bambini e adolescenti. Senza la pretesa di essere esaustive, e lasciando aperta la possibilità di adeguarle ai vari contesti, restano comunque dieci competenze, volte a creare comportamenti positivi e di adattamento, che rendono l'individuo capace (*enable*) di far fronte efficace-

mente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni.

Le dieci *Life Skills* individuate dall'OMS nel 1993 sono, a mio avviso, le competenze propriamente *educative* in grado di fare azione *preventiva* e *promozionale* da sviluppare lungo la scolarità ed anche lungo tutto l'arco della vita. Esse sono:

1. Capacità di leggere dentro se stessi (*autocoscienza*);
2. Capacità di riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri (*gestione delle emozioni*);
3. Capacità di governare le tensioni (*gestione dello stress*);
4. Capacità di analizzare e valutare le situazioni (*senso critico*);
5. Capacità di prendere decisioni (*decision making*);
6. Capacità di risolvere problemi (*problem solving*);
7. Capacità di affrontare in modo flessibile ogni genere di situazione (*creatività*);
8. Capacità di esprimersi (*comunicazione efficace*);
9. Capacità di comprendere gli altri (*empatia*);
10. Capacità di interagire e relazionarsi con gli altri in modo positivo (*relazioni interpersonali*).¹⁴

Quanto sin qui evidenziato si trova in perfetta sintonia con gli obiettivi educativi fondamentali dell'educazione formale e non formale, per cui sarebbe interessante fare una ricerca comparativa tra il discorso teleologico sull'educazione e la prospettiva dell'OMS finora analizzata.

Al riguardo ritengo utile ricordare gli orientamenti dell'Unione Europea e dell'Italia che negli anni più recenti hanno introdotto le cosiddette *competenze chiave di cittadinanza* le quali, sostanzialmente, non si scostano da quanto elencato sopra come contenuto delle *Life Skills*.

Infatti, in sintonia con il punto di arrivo dell'OMS circa il concetto di salute e come attenzione al diritto all'educazione – più volte riferita e ridotta all'istruzione – nel 2006 l'Unione Europea ha proposto le cosiddette *otto competenze chiave europee di cittadinanza*, «di cui tutti hanno bisogno per la realizzazione e lo sviluppo personali, la cittadinanza attiva, l'inclusione sociale e l'occupazione». Esse coincidono con quelle *per l'apprendimento permanente*:¹⁵

- 1) *comunicazione nella madrelingua*;
- 2) *comunicazione nelle lingue straniere*;
- 3) *competenza matematica e competenze di base in scienza e tecnologia*;
- 4) *competenza digitale*;
- 5) *imparare ad imparare*;
- 6) *competenze sociali e civiche*;
- 7) *spirito di iniziativa e imprenditorialità*;
- 8) *consapevolezza ed espressione culturale*.

È interessante al riguardo lo sforzo compiuto in Italia nell'anno successivo (2007), cioè declinare tali competenze in *otto competenze chiave di cittadinanza* che *ogni cittadino* dovrebbe possedere dopo aver assolto al dovere di istruzione:

- 1) *Imparare ad imparare;*
- 2) *Progettare;*
- 3) *Comunicare, comprendere, rappresentare;*
- 4) *Collaborare e partecipare;*
- 5) *Agire in modo autonomo e responsabile;*
- 6) *Risolvere problemi;*
- 7) *Individuare collegamenti e relazioni;*
- 8) *Acquisire ed interpretare l'informazione.*¹⁶

Le cosiddette *competenze trasversali* (*core skills, key skills, cross competences; compétences transversales*) vengono proposte come l'insieme delle capacità ad ampio spettro, applicabili a compiti e contesti diversi. Esse indicano ad esempio: *capacità di diagnosi, di relazione, di problem solving, di decisione, di comunicazione, di organizzazione del proprio lavoro, di gestione del tempo, di adattamento a diversi ambienti culturali, di gestione dello stress, attitudine al lavoro di gruppo, spirito di iniziativa, flessibilità, visione d'insieme.*¹⁷

Le suddette indicazioni sono orientamenti teleologici e strategici per l'uomo di oggi e per la sua educazione, perché ognuno possa vivere la cittadinanza attiva, costruttiva e responsabile. Si tratta quindi delle indicazioni che promuovono anche la salute intesa come *abilità di adattamento e di autogestione in modo solidale.*

Nella società della conoscenza e dell'apprendimento in cui ci troviamo risuona particolarmente attuale un concetto pedagogico di apprendimento che Mario Mencarelli ha offerto già agli inizi degli anni '70 del secolo

scorso. Egli, riconoscendo che l'apprendimento può essere studiato da diversi punti di vista e variamente definito, lo definisce come «una sicura disposizione ad affrontare i problemi che la vita presenta ed a risolverli con sempre maggiore economia, con maggiore facilità, con la sicurezza di comportamento che rappresenta uno stile umano apprezzabile».¹⁸

L'autore anticipa così il concetto di *competenze* ormai acquisito e diffuso – a partire soprattutto dalla definizione data nel 2008 dall'*European Qualification Framework (EQF)* – come «*comprovata capacità di utilizzare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale*».

2.2. La promozione della salute come Life Skills Education e «Health Literacy»

Nel 1999 l'OMS pubblicò un altro documento dal titolo *Partners in Life Skills Education*¹⁹ come risultato dell'Inter-Agency Meeting on Life Skills Education (Ginevra, 6-7 aprile 1998) a cui parteciparono anche UNHCR – UNICEF – UNFPA. In esso si metteva in evidenza la necessità di *collaborare* tra varie agenzie per promuovere le *Life Skills* dentro e fuori scuola.²⁰ Si prendevano in considerazione le cinque aree di *Life Skills* che il *Department of Mental Health* aveva identificato nel 1994, ossia: *decision-making and problem solving; creative thinking and critical thinking; communication and interpersonal skills; self-awareness and empathy; coping with emotions and coping with stress.*²¹

I partecipanti al *Meeting on Life Skills Education* (1998) condivisero la necessità di: «rafforzare e migliorare la salute della scuola; promuovere lo sviluppo dei programmi scolastici a lungo termine e in modo olistico a favore delle *Life Skills*; promuovere la democrazia, l'uguaglianza di genere e la pace; prevenire problemi sanitari e sociali, compreso l'uso di sostanze psicoattive, l'HIV/AIDS, la gravidanza adolescenziale e violenza».²²

La proposta di un'educazione alle *Life Skills* non poteva essere circoscritta all'ambito scolastico.

Di fatto la *Life Skills Education* si amplia, a sua volta, nel contesto della nota *Lifelong Education* di tutti, perciò va sviluppata anche nella prospettiva dell'alfabetizzazione funzionale alla salute (*Health Literacy*) di tutti.

La *Health Literacy*, pertanto, è un concetto *multidimensionale* che da solo meriterebbe un approfondimento interessante di grande significato, soprattutto pedagogico. Il termine, introdotto negli anni '70 del secolo scorso,²³ indica, secondo la definizione dell'OMS, «le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e utilizzare in modo da promuovere e mantenere una buona salute».

Secondo la definizione aggiornata dalla stessa OMS essa «implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, abilità personali e fiducia in se stessi tale da poter agire nel miglioramento della salute individuale e della comunità, attraverso la modifica degli stili di vita individuali e delle condizioni di vita. Pertanto, il signifi-

cato di alfabetizzazione alla salute va molto al di là della semplice capacità di leggere opuscoli e richiedere informazioni e consigli».²⁴

Possedere una buona *Health Literacy* significa avere le competenze sia per riconoscere i propri bisogni di salute e comprendere ciò che viene proposto ed è a disposizione del cittadino, sia per assumere un maggiore controllo sui fattori che incidono sulla salute e adottare comportamenti preventivi adeguati per uno stile di vita sano individuale e sociale che va promosso costantemente.

Se tanto *Life Skills Education* quanto *Health Literacy* dipendono dal concetto di salute, è interessante pensare ancora una volta che il riconoscimento della multidimensionalità della salute ci spinge ad approfondire una visione globale e integrale non solo della salute e del benessere, ma anche della persona umana. Infatti, risulta indiscutibile la prospettiva pedagogica emergente dalla considerazione della salute come *Wellness/Wellbeing* (benessere) con la sua multidimensionalità riconosciuta, da promuovere nell'ottica ecologica e di equilibrio.²⁵

3. Verso un concetto pedagogico di salute come «abilità di adattamento e di autogestione»

La prospettiva delle competenze adottata negli anni '90, in particolare con la proposta di carattere pedagogico di *Life Skills*, mette sempre più in evidenza sia la centralità dell'uomo nella promozione alla salute, sia il conseguente concetto dinamico di salute intesa come «abilità di adattamento e di autogestione» per cui è il soggetto che deve ren-

dersi capace di adeguamento, ma anche di autogestire tale processo che dura tutta la vita.

Nel 2009 si tenne a L'Aia (Olanda) un'interessante Conferenza internazionale con la partecipazione di rappresentanti di molteplici ambiti professionali e scientifici. Il tema della Conferenza era il seguente: «*Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health*».

In riferimento al noto concetto di salute del 1948 che, come si è detto, per molto tempo non era stato messo in discussione, ci si domandava se la salute fosse «una condizione o un'abilità». Huber e collaboratori presentano una nuova definizione di salute, più dinamica che teneva espressamente conto del contesto di vita in continua mutazione: «*Health as the ability to adapt and to self-manage, in the face of social, physical and emotional challenges*». ²⁶

Tale definizione, ritenuta “nuova” dagli stessi estensori, ²⁷ è, in realtà, in perfetta linea con il concetto di *Life Skills* indicato dalla OMS.

La novità consiste, a mio avviso, sia nel concetto di *self-manage*, quindi non solo l'abilità di adeguamento, ma anche di “scelta”, sia nella ricerca condotta da Machteld Huber e collaboratori.

Il concetto di prevenzione, in questo contesto, va molto al di là di cura e difesa dalle malattie fisiche e mentali, anzi viene ad essere non solo “auto-gestione” del benessere personale *globale*, ma anche espressione e promozione – reciproca/connessa – del benessere *sociale generale*, quindi *un impegno di tutti*; inoltre, la promozione della salute viene riconosciuta

sempre più consapevolmente come uno dei diritti fondamentali, che si esplica con l'aiuto di tutti, persone e istituzioni.

Siamo ormai giunti alla cultura della salute concepita qui come *Health Literacy* che «comprende abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona *salute*». ²⁸

È interessante costatare come le preoccupazioni dell'OMS di *prevenire* il “malessere” personale e sociale – quali la tossicodipendenza e la disoccupazione – interpellino e invochino l'azione propriamente *educativa*, anzi giunga a ritenere che la pista principale di soluzione del problema è l'educazione stessa.

Anche per questo, a mio avviso, le riflessioni in sedi soprattutto internazionali, evidenziano la necessità di fare i conti con i fattori di rischio presenti nel contesto: l'aumento delle disuguaglianze all'interno e tra nazioni, nuovi modelli di consumo, di comunicazione e di commercializzazione, l'aumento del degrado ambientale e dell'urbanizzazione sono alcuni dei fattori critici che influenzano la salute. In particolare, nella Conferenza di Bangkok (7-11 agosto 2005), nella presa di coscienza del cambio di contesto per la promozione alla salute, si adotta una nuova Carta chiamata appunto la *Carta di Bangkok* il cui contenuto denota decisamente un approccio *olistico* e *sostenibile* alla salute in un mondo globalizzato.

4. La promozione della salute nella società globalizzata

La *Carta di Bangkok*, stilata nel 2005 durante la 6^a Conferenza internazionale,²⁹ affronta le sfide della salute nell'era della globalizzazione e considera come fattori negativi per la salute: «l'inequità all'interno delle nazioni e tra di loro, nuovi modelli di consumo e di comunicazione, commercio, degrado ambientale e urbanizzazione». Nella consapevolezza che i fattori socio-economici e le disuguaglianze sono un grave motivo di preoccupazione, la Carta afferma che «le politiche e le *partnerships* per l'*empowerment* delle comunità e il miglioramento della salute e dell'uguaglianza nella salute dovrebbe essere al centro dello sviluppo globale e nazionale».³⁰

La Carta, in questo senso, prende atto del fatto che il mondo in cui viviamo è ormai regolato da logiche globali³¹ e propone di sfruttare tali logiche in maniera positiva,³² diffondendo competenze, creando associazioni e reti, e sostenendo la causa della salute facendo leva su valori universalmente riconosciuti come la solidarietà e la tutela dei diritti umani. L'invito rivolto alla sfera istituzionale suona perentorio: «La promozione della salute deve essere un punto centrale dell'agenda dello sviluppo mondiale e una responsabilità prioritaria di tutti i Governi». La Carta, ovviamente, fa appello ai diversi protagonisti ribadendo la necessità di tenere d'occhio e *contenere* gli effetti della globalizzazione.

La *Carta di Bangkok*, dunque, riprende e completa i valori, i principi e le azioni strategiche stabilite dalla *Carta di Ottawa* del 1986 per la promozione

alla salute e dalle raccomandazioni delle successive conferenze sulla promozione alla salute globale. Afferma che «l'ottenimento di un più alto standard attendibile di salute è uno dei fondamentali diritti di ogni essere umano senza discriminazioni. La promozione alla salute è basata su questo critico diritto umano. Essa prevede un concetto positivo e inclusivo di salute come determinante della qualità della vita che comprende il benessere mentale e spirituale».

La Carta rivela la consapevolezza che la promozione alla salute è un investimento efficace nel miglioramento della salute e lo sviluppo umano, e ha una funzione centrale anche nella salute pubblica in quanto contribuisce a contrastare malattie trasmissibili e non trasmissibili e altre minacce per la salute, così pure contribuisce a ridurre sia le ingiustizie di genere che nella salute. Il senso di equità derivante dal riconoscimento del diritto di tutti sottolinea la prospettiva *inclusiva* della promozione della salute: Donne e uomini, bambini, disabili, indigeni, ecc.

Si noti che, da una parte, la consapevolezza di una visione olistica della salute e della sua promozione approda sempre più ad una considerazione *pedagogica* della prevenzione. Dall'altra, data la consapevolezza lucida del contesto globalizzato, il dibattito si sposta, in certo senso, su un piano più politico e operativo, per cui l'obiettivo prioritario diventa quello di eliminare le gravi disparità di accesso ai requisiti minimi per la salute e il benessere a livello sia internazionale – fra i diversi paesi – che intranazionale – fra le diverse categorie sociali all'in-

terno degli stessi Paesi. È positivo che le necessità d'intervento vengano interpretate in una chiave sempre più operativa, ma è altrettanto importante che i tre pilastri di Ottawa – *assistenza/solidarietà, olismo ed ecologia* – rimangano dei punti fermi sui quali non sia possibile transigere.³³

Conclusione

La prevenzione, dal punto di vista concettuale, ha compiuto una graduale trasformazione.

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 e la cui promozione oggi coinvolge tutti e tutte le istituzioni locali e internazionali.

Nell'ambito della ricerca sanitaria, particolarmente nell'OMS, si è consolidata la convinzione che il tema della salute coinvolge le diverse dimensioni della vita umana e non può ridursi all'aspetto solo medico e farmaceutico che purtuttavia si è sviluppato in modo straordinario soprattutto negli ultimi decenni.

Sin dal 1948 infatti – ma già nel testo del 1946 – la salute è stata definita come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale», definizione che si è ulteriormente arricchita nel tempo arrivando ad essere considerata come *Life Skills*, cioè «abilità di adattamento e di autogestione» e quindi svelando il suo alto valore pedagogico.

Lo spostamento di attenzione dall'ambito sanitario a quello pedagogico è avvenuto senza forzature, bensì come logica conseguenza della consi-

derazione della salute come *benessere*, da intendere e promuovere in ottica *olistica, solidale ed ecologica*. Il merito di ciò va, in particolare, alla *Carta di Ottawa* del 1986.

Di qui, almeno sul piano delle riflessioni, si è giunti al riconoscimento della *multidimensionalità* della salute e del *benessere* concepito a misura umana, perciò in modo globale e non frammentario, unitario e sinergico, dinamico e non statico.

Al valore di tali affermazioni, di portata universale, si aggiunge quello – paradossale – del diritto alla salute e all'educazione in stretta relazione con la prospettiva di un'*ecologia umana* e di *ecosocietà*. La salute, l'educazione, il benessere globale, il bene comune non sono realtà disgiunte, ma strettamente *interdipendenti*. Proprio qui sta, a mio avviso, la sfida principale del XXI secolo: concepire l'educazione in tutta la sua portata, con dovuto riconoscimento e senza riduzionismi, e garantire la sua piena realizzazione per tutti. Ma in che modo si potrà realizzare questo?

Tutto porta a riconoscere la necessità di *scoprire il vero volto dell'educazione e dell'educazione integrale*, compito irrinunciabile di ogni educazione formale – non formale – informale.

È giunto il momento di riportare all'unitarietà le considerazioni relative alle cosiddette “educazioni a” nel senso che si tratta dei valori a cui educare in modo armonico, perché l'educazione, se autentica, non sopporta separazioni e tanto meno contrapposizioni sterili e nocive.

Perciò, bisogna sviluppare in modo unitario e convergente i cosiddetti temi didattici “trasversali”³⁴ che non

vanno considerati, erroneamente, *optional*, bensì come aspetti della finalità e contenuto essenziale dell'educazione degna di questo nome.

Vale la pena rivisitare e rileggere, in questo senso, i progetti educativi sia delle scuole che di altre istituzioni e organizzazioni che si occupano dell'educazione. Urge salvare (*to save*) e quindi promuovere l'uomo intero, educare istruendo l'uomo d'oggi all'altezza dei compiti a cui è chiamato. La questione di fondo è sempre la concezione dell'uomo e della società, da cui dipende anche *il modo di concepire l'educazione e la sua organizzazione*.

In conclusione, si può affermare che *educare è prevenire*. *Prevenire*, però, nel senso di indicare la via giusta, come il cartello che indica il precipizio da evitare, il faro che guida la nave sul mare in tempesta, le luci dell'aeroporto per l'aereo smarrito nella nebbia: sono tutti segni grazie ai quali gli uomini possono percorrere il loro cammino in sicurezza e celermente. Ciò, però, esige di *educare sul serio*: ovvero *andare oltre la prevenzione* comunemente intesa, nel senso cioè di proteggere dai rischi e dagli infortuni, per concepirla come *educazione* che, per sua essenza, consiste nel *promuovere lo sviluppo integrale di ogni essere umano*, nell'incrementare (*to empower*) le potenzialità di ciascuno sviluppandole, nell'infondere la fiducia in se stessi facendo leva sulla resilienza, sulla capacità di autoefficacia, nel rendere la persona competente umanamente, professionalmente e come cittadino attivo, critico, solidale, responsabile, nell'infondere speranza e fiducia in una

società che può essere sempre più giusta e solidale.

Il segreto e la via per raggiungere il benessere nella sua globalità sta dunque nell'educazione di tutti, in sinergia tra tutte le istituzioni, le quali si devono sentirsi responsabili di tale irrinunciabile compito.

I "pilastri" dell'educazione, per il secolo in cui viviamo, sono stati chiaramente indicati anche dalla nota pubblicazione dell'Unesco (1996): *imparare a imparare, imparare a fare, imparare a vivere insieme, imparare a essere*.³⁵ A scuola, e fuori di essa, s'impara a vivere insieme, a scoprire e ad accrescere la comune appartenenza all'umanità, alla "Famiglia umana" dove si riconosce l'altro come un altro "io" che cerca la felicità, come noi stessi. Questa è la *conditio sine qua non* per godere dell'autentico *Well-being* o *Wellness* da parte dei singoli e della collettività: un benessere non solo fisico, intellettuale, culturale, emotivo, ma anche sociale, occupazionale, spirituale, ambientale.³⁶

Nella diffusa *emergenza dell'educazione*, quindi, è tempo di far *risorgere l'educazione* perché diventi un autentico aiuto per tutti a incamminarsi insieme nella realizzazione del bene comune per una società giusta e solidale.

Riemerge così l'irrinunciabilità di una *coscienza pedagogica "universale"* di cui tutti abbiamo bisogno a vario titolo. Siamo, e dobbiamo essere, gli uni per gli altri, *un aiuto* autentico affinché l'altro possa sentirsi riconosciuto come un "tu" che cammina con tutta l'umanità della terra.

L'altro non mi è estraneo, né scomodo, non è una minaccia o un nemico

da combattere come, purtroppo, la cronaca nera fa supporre.

L'educazione non può che essere *realistica*, ovvero un'autentica promozione umana in positivo, lucida circa il contesto in cui è immerso l'uomo di oggi, con le sue risorse/opportunità come pure con i suoi rischi/minacce, quindi consapevole anche dell'agguato delle forze del male operanti in ogni angolo della terra, nei momenti anche più impensati.³⁷ È necessario, in questo senso, *prevenire* lo spettro del totalitarismo e gli orrori dell'olocausto, ancor oggi presenti nelle diverse e subdole forme di razzismo. Occorre l'educazione; occorre l'azione sociale; occorre una politica giusta promotrice appunto del bene comune e della solidarietà sempre più allargata.

In questo quadro sorge una domanda inquietante che, a mio avviso, dovrebbero porsi tutti, in particolare il mondo della politica. Nello studio della preventività, tale interrogativo mi ha accompagnata e preoccupata: ci possiamo chiedere, cioè, se, mentre da una parte si presta tanta attenzione alla salute, alla protezione dai rischi e dagli infortuni, sia presente anche la consapevolezza degli enormi danni in cui si incorre incoraggiando e sostenendo legislazioni a favore della disgregazione familiare, del divorzio, degli aborti, dei matrimoni omosessuali e così via.

Volendo porre più esplicitamente la domanda: abbiamo il buon senso di accorgerci delle conseguenze che tale fenomeno sta attualmente provocando nelle nuove generazioni, vale a dire delle nefaste conseguenze derivanti dal disordine familiare "favorito"

non raramente anche dalle legislazioni? Aumentano, di fatto, i casi di patologia mentale e psichica, di violenza, di suicidi anche minorili: espressioni tutte che testimoniano sia il misconoscimento del valore della vita umana, soprattutto da parte degli adulti, sia le variegate reazioni alla mancanza di amore sano, soprattutto familiare di cui è privo un numero sempre più rilevante di bambini e di giovani.

L'educazione è uno degli atti d'amore più sublimi che l'umanità può coltivare, è un prendersi cura della persona, farsene carico, aiutandola a diventare tale. Educare è promuovere in positivo le buone risorse/potenzialità che ciascuno custodisce. Per questo, è anche e sempre *prevenire*, cioè salvare le persone dalla minaccia incombente provocata dal disordine familiare, sociale, economico e politico.

La prevenzione come problema pedagogico – nel suo significato ampio – ha costituito il cuore dell'opera educativa di san Giovanni Bosco che non solo ha dedicato la sua vita all'educazione dei giovani, più poveri e abbandonati, ma ha cercato di formare gli educatori nello spirito del Sistema preventivo che continua ad essere applicato con frutto in molti contesti, grazie a coloro che di tale metodo hanno fatto la loro scelta di vita.

Il Sistema educativo preventivo di don Bosco può ben a ragione essere descritto come una strategia valida ai fini di costruire la cultura della vita e la civiltà dell'amore. È un metodo che esige, contemporaneamente, competenza pedagogica e profondità spirituale al punto da

trasformarsi in vera e propria spiritualità. Don Bosco, convinto dell'importanza dell'educazione, rivolgendosi agli adulti affermava: «Volete fare una cosa buona? Educate la gioventù. Volete fare una cosa santa? Educate la gioventù. Volete fare una cosa santissima? Educate la gioventù; anzi, questa tra le cose divine, è divinissima». ³⁸

Al santo dei giovani fanno eco le eloquenti parole di Hanna Arendt, che faccio mie, per concludere: «L'educazione è il momento che decide se noi amiamo abbastanza il mondo da assumercene la responsabilità e salvarlo così dalla rovina, che è inevitabile senza il rinnovamento, senza l'arrivo dei giovani. Nell'educazione si decide anche se noi amiamo tanto i nostri figli da non estrometterli dal nostro mondo lasciandoli in balia di se stessi, se li amiamo tanto da non strappargli di mano la loro occasione d'intraprendere qualcosa di nuovo, qualcosa d'imprevedibile per noi: e prepararli invece al compito di rinnovare un mondo che sarà comune a tutti». ³⁹

NOTE

¹ TOMMASO D'AQUINO, *Summa theologica*, *Suppl.* III P., 41.1.

² «La scelta tra terapia e prevenzione, tra cura e promozione non va risolta a favore dell'una o dell'altra, disconoscendo relazioni fondanti dell'azione quotidiana in campo scientifico; va forse risolta in un modo dialogico che dia vita ad una relazione comunicazionale, conservando tuttavia antagonismo e complementarità: il circolo vizioso va reso virtuoso, capace cioè di moltiplicare possibilità e alternative di azione» (SACCHERI Tullia, *L'equivo-co terapeutico. Promozione della salute e negoziazione sociale*, Milano, FrancoAngeli 2000, 138). L'auspicio è quello di acquisire «uno spazio di autonomia e di pari dignità interlocutoria» (*l.cit.*).

³ Secondo Michaela Liuccio, docente di Sociologia della salute e della medicina presso l'Università La Sapienza di Roma, la *promozione della salute* si è sviluppata a partire dalla metà degli anni '70 (cf LIUCCIO Michaela, *Nuova cultura della salute*, in <http://www.skuola.net> · Interfacoltà · Sociologia della salute e della medicina [06-12- 2011]).

⁴ *Glossario O.M.S.* 5.

⁵ La prima conferenza internazionale sulla promozione della salute venne organizzata dall'OMS nel 1986 (a Ottawa, 17-21 novembre) al termine della quale venne adottata la cosiddetta *Carta di Ottawa*. Le successive conferenze si sono svolte rispettivamente ad Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Tokyo (1994), Jakarta (1997), Bangkok, Ginevra, Pattaya (Thailandia). In realtà, l'OMS si è occupata costantemente del problema sia dell'educazione alla salute, sia della formazione degli operatori a tale scopo, in particolare negli anni 1950, 1954, 1958, 1960, 1964, 1974, 1992, 1996.

⁶ La *Carta di Ottawa* non ha numerazione dei paragrafi. Con questo documento si entra in un nuovo modo di concepire la salute e il benessere nella visione olistica che supera, anzi mette in discussione, sia il *business* sempre più esteso dei prodotti farmaceutici e delle politiche sanitarie, sia la prassi sanitaria assistenziale di molti paesi che si limita principalmente alle prestazioni medico-farmaceutiche. Il concetto di promozione era presente già nel documento della 1^a Conferenza

Europea dei Ministri (Madrid 1981).

⁷ Oggi si riconosce pienamente la multidimensionalità della salute. Il *National Wellness Institute* [NWI] degli Stati Uniti riconosce otto dimensioni della *wellness* (*well-being*) di tutti gli esseri umani, ossia: *Spiritual, Emotional, Intellectual, Physical, Cultural, Occupational, Social, Environmental* (cf <http://www.nationalwellness.org>). Già nel 1976 Bill Hettler, co-fondatore del suddetto Istituto, aveva rilevato 6 dimensioni dell'*Wellness* tra loro interdipendenti, ossia: *fisica, sociale, intellettuale, spirituale, emotiva e occupazionale*. Per la dimensione spirituale l'autore intende la *ricerca di senso e scopo della nostra esistenza* (cf HETTLER Bill, *The Six Dimensions of Wellness Model*, 1976, in <http://www.nationalwellness.org/sixdimensionsfactshe> [13-04-2015]).

⁸ Per quanto riguarda lo sviluppo delle competenze personali viene affermato che «è indispensabile dare alle persone i mezzi per apprendere durante tutta la vita».

⁹ Sulla *Carta di Ottawa* vedi anche un interessante commento in MARZARIO Margherita, *I primi 25 anni della Carta di Ottawa per la promozione della salute. Dall'educazione alla salute all'educazione alla vulnerabilità*, in http://www.edscuola.it/archivio/ped/i_primi_25_anni.html (07-10-2013).

¹⁰ Cf ad es. *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1991.

¹¹ Agli inizi degli anni '90 in particolare, l'OMS presta attenzione alla salute mentale come cura della salute primaria e, a cura della *Division of Mental Health*, pubblica nel 1994 programmi e guide per *Life Skills Education* e nel 1998 *Health Promotion Glossary*.

¹² Non è facile la traduzione italiana del termine *Life Skills*. A volte esso viene tradotto come *abilità psicosociali e affettive*, che in realtà resta riduttivo del significato, per cui preferisco mantenere l'espressione inglese.

¹³ Cf CATTANEO Piero, *Life Skills*, in <http://www.orientamentoirreer.it/sites/default/files/materiali/2007%20cattaneo.pdf> (15-01-2015).

Cf anche MARMOCCHI Paola - DALL'AGLIO Claudia - ZANNINI Michela, *Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Or-*

ganizzazione Mondiale della Sanità, 2004. Si noti la traduzione dell'espressione *Life Skills* come "abilità psico-sociali e affettive".

¹⁴ Tali dieci competenze possono essere raggruppate secondo 3 aree quali: 1. *Emotive* - consapevolezza di sé, gestione delle emozioni, gestione dello stress; 2. *Relazionali* - empatia, comunicazione efficace, relazioni efficaci; 3. *Cognitive* - risolvere i problemi, prendere decisioni, senso critico, creatività.

¹⁵ Cf *Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio, relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente* (2006/962/CE); EUROPEAN COMMISSION/EACEA/EURYDICE, *Developing Key Competences at School in Europe: Challenges and Opportunities for Policy*. *Eurydice Report*, Luxembourg, Publications Office of the European Union 2012, in <http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/> (02-04-2015). Queste competenze dovrebbero essere acquisite durante il percorso dell'istruzione e fare da base al proseguimento dell'apprendimento nel quadro dell'educazione e della formazione permanente. Tali opportunità, quindi, dovrebbero essere offerte anche agli adulti. Circa le otto competenze chiave di cui sopra, bisogna riconoscere che diversi incontri di studio, a livello europeo e internazionale, hanno "preparato" la determinazione della suddetta Raccomandazione. Basti ricordare il Consiglio Europeo di Lisbona (23-24 marzo 2000) e la Dichiarazione di Copenhagen (2002) che indicarono otto competenze necessarie per il mondo moderno, così pure il Rapporto DeSeCo (*Definition and Selection of Competencies* 2003) dell'OCSE che individuò nove competenze essenziali raggruppate in tre categorie: a) *Agire in modo autonomo*; b) *Utilizzo di strumenti in modo interattivo*; c) *Funzionamento di gruppi socialmente eterogenei*. Per un approfondimento vedi: ALLULLI Giorgio, *Dalla strategia di Lisbona a Europa 2020* (ottobre 2010), in <http://www.cnos-fap.it/node/33930.pdf>.92p (22-04-2015); RYCHEN Dominique S. - SALGANIK Laura H. (a cura di), *Agire le competenze chiave. Scenari e strategie per il benessere consapevole* (2003), Milano, FrancoAngeli 2007.

¹⁶ Cf *Decreto n. 139 del 22 Agosto 2007 Regolamento recante norme in materia di adempimento dell'obbligo di istruzione*; TIRITICO Maurizio, *Le competenze chiave di cittadinanza*, in

Rivista dell'Istruzione (2009)1, 43-49.

¹⁷ Cf MAIORANA Francesca, *Apprendimento disciplinare e apprendimento trasversale*, in <http://www.indire.it/ccs/wp-content/uploads/2012/02/maiorana1.pdf> (22-04-2015); http://www.archivio.pubblica.istruzione.it/dg_post/allegati/comp_trasversali.pdf (22-04-2015).

¹⁸ MENCARELLI Mario, *Scuola in prospettiva. Insegnare ad apprendere*, Brescia, La Scuola 1973, 115.

¹⁹ Il documento è intitolato *Partners in Life Skills Education - Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting* (14p), in http://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf [03-03-2015]). Per quanto riguarda l'iniziativa di applicazione a livello italiano vedi <http://www.est.indire.it/upload/07-ITA01-CO06-00484-1-prod-042.ppt> (03-05-2015).

²⁰ L'obiettivo dell'Inter-Agency Meeting fu duplice: «Generate consensus as to the broad definition and objective of life skills education and strategies for its implementation; improve collaboration between the various agencies working to support life skills education in schools» (p.2).

²¹ Riportato in *Partnership*, p.2.

²² *L. cit.* Sia ben chiaro che è necessario essere critici nei riguardi dell'OMS, di fronte alla concezione dell'uomo e della vita, che non sempre è chiara e condivisibile, come ad esempio in materia di ideologia di *gender* e degli omosessuali.

²³ Cf SIMONDS S.K., *Health Education as social policy*, in *Health Education Monograph* (1974) 2, 1-25.

²⁴ *Glossario O.M.S.* 12. In un ottimo saggio che delinea lo sviluppo del concetto e dell'utilizzo del termine *Health Literacy*, A. Pearson e M. Saunders rilevano che, secondo l'UNESCO il termine 'literate' significa piuttosto la dimestichezza con la letteratura o in generale 'ben educato, ben istruito'. (Cf, Unesco, *Literacy for all. Education for all global monitoring Report 2006*. Paris, Unesco Publishing 2005). Pur mantenendo il suo significato più ampio di essere eruditi o istruiti in un ambito particolare, è stato usato anche per indicare le capacità di leggere e scrivere il testo. Negli ultimi anni, sono emerse dal dibattito della

nozione quattro interpretazioni di alfabetizzazione, ossia *Literacy* come: 1) Un insieme autonomo di competenze; 2) Un'applicazione praticata e situata; 3) Un processo di apprendimento; 4) Un testo. L'attenzione, inoltre, sta ampliando il concetto di *Literacy* in riferimento alla trasformazione non solo individuale, ma anche contestuale e sociale in termini di collegamento tra cultura della salute per la crescita economica e il cambiamento socio-culturale. Gli autori, inoltre, attraverso un'analisi del contenuto delle varie definizioni della *Health Literacy*, hanno messo in luce 6 elementi, riferiti cioè a: (1) competence, skills, abilities; (2) actions; (3) information and resources; (4) objective; (5) context; and (6) time (cf PEERSON Anita - SAUNDERS M., *Health Literacy revisited: what do we mean and why does it*, in *Health Promot Int*, 24 [2009]3, 285-296).

²⁵ Sulle otto dimensioni dell'*Wellness (Spiritual, Emotional, Intellectual, Physical, Cultural, Occupational, Social, Environmental)* vedi *supra* nota n.7.

²⁶ HUBER Machteld et ALII, *How should we define health?*, in *British Medical Journal* 343(2011)4163, 235-237. Huber insieme ai suoi collaboratori ha cercato di "operazionalizzare" il concetto di salute al fine di esplorare gli indicatori di salute attraverso il sondaggio delle opinioni di varie categorie di persone (malati cronici, operatori di sanità, politici, agenti di assicurazione, attori di pubblica salute, cittadini, e ricercatori, ecc.). Emersero più di 550 osservazioni che sono state raggruppate in 6 dimensioni di salute: 1) funzioni fisiche; 2) funzioni e percezioni mentali; 3) dimensione spirituale; 4) qualità di vita; 5) partecipazione sociale e societaria; 6) funzionamento giornaliero. Tali dimensioni sono state poi specificate in 32 differenti aspetti da cui sono stati ricavati 46 concetti.

²⁷ Concetto, in realtà, non del tutto nuovo. Nel 1943 Georges Canguilhem (1904-1995), medico e filosofo francese, pubblicò un libro intitolato *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, riedito poi col titolo *Le normal et le pathologique* (1966; 2005⁹) dove il concetto di salute viene da lui associato esplicitamente alla capacità di adattarsi all'ambiente. «La salute non è un'entità fissa. Essa varia per ogni individuo in relazione alle circostanze. La salute è de-

finita non dal medico, ma dalla persona, in relazione ai suoi bisogni funzionali. Il ruolo del medico è quello di aiutare le persone ad adattarsi alle nuove condizioni» (trad. italiana: *Il Normale e il Patologico*, Torino, Einaudi 1998).

²⁸ *Glossario O.M.S.* 12.

²⁹ *La Carta di Bangkok per la promozione alla salute in un mondo globalizzato*, in http://www.dors.it/alleg/0204/Carta_Bangkok_2005_ita.pdf (24-03-2015).

³⁰ *Introduzione*, in *Ivi*.

³¹ Inoltre, il rapido cambiamento sociale, spesso negativo, interessa le condizioni di lavoro, l'educazione ambientale, i modelli familiari, il tessuto sociale e le culture delle comunità. I modelli di salute in evoluzione e le migrazioni hanno contribuito anch'essi al cambiamento.

³² La globalizzazione può offrire nuove opportunità per accrescere e migliorare, ad esempio, attraverso le tecnologie dell'informazione, la comunicazione e la condivisione delle esperienze, e per richiamare l'attenzione sui rischi sovranazionali evitabili per la salute.

³³ Sulla tematica vedi anche LEMMA Patrizia, *Promuovere salute nell'era della globalizzazione. Una nuova sfida per "antiche professioni"*, Milano, Unicopli 2005.

³⁴ I temi "trasversali" che toccano e attraversano tutte le discipline di studio sono pure temi di attualità e, in sostanza, coincidono con l'educazione ai valori, con le cosiddette "educazioni a": *Autonomia, Democrazia, Diritti umani, Libertà, Giustizia, Verità, Responsabilità, Lavoro, Pace, Sviluppo, Salute, Solidarietà, Sessualità, Sicurezza Stradale, Senso critico, Sacro, Speranza, Studio, Identità, Intercultura, Ambiente, Alimentazione, Paese, Continente, Mondo*, ecc. Molti di questi temi fanno parte della sigla EDDULPSSSSSSSIIAAIEM, coniata da Luciano Corradini per indicare le molte "educazioni a" emergenti soprattutto negli ultimi decenni (cf ID. et ALII, *Educazione civica e cultura costituzionale. La via italiana alla cittadinanza europea*, Bologna, Il Mulino 1999; VANZAN Piersandro, *Questioni riguardanti la scuola. Recenti contributi di Luciano Corradini*, in *La Civiltà Cattolica* 151[2000]1, 569); GONZÁLEZ LUCINI Fernando, *Temas transversales y educación en valores*, Madrid,

Anaya Alanda 1995²).

³⁵ Cf DELORS Jacques et ALII, *Learning: the treasure within. Report to Unesco of the International Commission on Education for the Twentyfirst century/L'éducation: un trésor caché dedans*, Paris, Unesco 1996, tradotto in parecchie lingue compreso l'italiano.

³⁶ Circa il significato del benessere da auspicare ci fanno riflettere alcune battute di Papa Francesco rivolte ai vescovi coreani in visita ad limina (12 marzo 2015): «Niente di mondanità spirituale, niente. Niente di un cattolicesimo facile, così senza zelo. Niente di un benessere religioso», in <http://www.asianews.it/notizie-it/Papa:-la-Chiesa-in-Corea,-Chiesa-di-martiri-e-laici,-promessa-per-tutta-l%27Asia-33710.html> (18-05-2015).

³⁷ L'educazione preventiva non va intesa alla maniera di Jean-Jacques Rousseau, cioè come educazione negativa.

³⁸ CERIA Eugenio, *Memorie Biografiche del beato Giovanni Bosco*, vol. XIII, Torino, SEI 1932, 629.

³⁹ ARENDT Hannah, *La crisi dell'istruzione*, in ID., *Tra passato e futuro: sei esercizi sul pensiero politico* (1961), Milano, Garzanti 2001, 244.