

Short Communication

EDUCAZIONE SANITARIA IN ITALIA: VERSO UN RUOLO
SEMPRE PIÙ ATTIVO DEL CITTADINO. UN EXCURSUS
STORICO BASATO SULL'ESPERIENZA DI PERUGIA

VINCENZA GIANFREDI¹, VALERIA PARISI², NICOLA LUIGI BRAGAZZI³,
MARIANO MARTINI³, LILIANA MINELLI⁴, DANIELE NUCCI^{4,5}

¹School of Specialization in Hygiene and Preventive Medicine, Department of
Experimental Medicine, University of Perugia, Italy. orcid.org/0000-0003-3848-
981X

²University of Milan, Milan, I

³Department of Health Science - Section of History of Medicine and Ethics,
University of Genoa, I

⁴Department of Experimental Medicine, Experimental Centre for Health
Promotion and education, University of Perugia, Perugia, I

⁵Digestive Endoscopy Unit, Veneto Institute of Oncology IOV – IRCSS, Padua,
I

SUMMARY

*HEALTH EDUCATION IN ITALY: TOWARDS AN INCREASINGLY ACTIVE
CITIZEN'S ROLE. A HISTORICAL OVERVIEW WITH A FOCUS ON
PERUGIA'S EXPERIENCE*

We provide a historical overview of the evolution of the concept of health promotion and education in Italy, focusing especially on the experience of the "Experimental Centre for Health Promotion and Education" (CeSPES), University of Perugia. By reviewing the documents and the scientific production of the CeSPES, we describe its achievements and contributions to the field, as well as its future prospects. New digital infrastructures and information and communication technologies (ICTs) could offer, indeed, unprecedented possibilities for actively involving and empowering citizens

Key words: Migrant Health - Web - Health Promotion and Education -
Empowerment

and patients, even though there is an urgent need to validate the online health-related material, which is sometimes of poor quality and misleading. The training of health education professionals still remains a priority, in that training is central not only to increase citizen's health literacy, but also to promote their empowerment, as well as to cope with new challenges, such as those imposed by migrants and the Web.

Introduzione

Sebbene la maggior parte degli studiosi faccia risalire l'inizio dell'educazione sanitaria al periodo greco-romano^{1,2}, come interdipendenza tra salute mentale e fisica, o a Platone³, periodo in cui si sviluppa il concetto secondo cui la salute e la malattia non possono essere indipendenti dall'ambiente fisico e sociale oltre che dal comportamento umano⁴ o, ancora più recentemente, con la figura di Vittorio de Feltra nel Rinascimento⁵. In realtà, è solo negli ultimi cinquanta anni del secolo scorso che possiamo ritrovarne i primi significativi interventi, passando dunque, da un approccio precettistico e sacrale delle prime scuole medico-filosofiche greche ad un approccio di tipo paternalistico dell'era positivista, reale inizio di una educazione sanitaria (ES) identificata in quanto tale. In Italia potremmo collocare la nascita dell'educazione sanitaria tra il 1951 e il 1954, quando, da una parte, a Roma si celebra la "Settimana per l'Igiene e la Sanità", dall'altra, a Perugia la Conferenza sull'educazione sanitaria⁶. Essa nasce nel contesto igienistico ed esordisce come educazione popolare: parte dalla missione del medico mirante al riscatto dei diseredati, virando, poi, in propaganda salutistica a supporto di programmi specifici, mirata su singoli obiettivi.

Pur cambiando tematiche nel corso del tempo, l'ES ha, tuttavia, conservato il suo carattere di pura informazione più che di vera educazione. Si deve, invece, ad Alessandro Seppilli, pioniere dell'educazione sanitaria in Italia, l'evoluzione verso una definizione collettiva e partecipata. Seppilli, riteneva l'educazione sanitaria: "un interven-

to sociale, che tende a modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento nei confronti dei problemi di salute⁷” (1958). Nel 1969 durante la VIIth International Conference of International Union for Health Promotion and Education (IUPHE), Buenos Aires Seppilli afferma che l’ES è un processo sociale “di comunicazione interpersonale diretto a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute ed a responsabilizzare gli individui e i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti - diretti e indiretti - sulla salute fisica e psichica dei singoli individui e della collettività”. Si passa, dunque, da una trasmissione unidirezionale di conoscenze al coinvolgimento attivo del soggetto, più consapevole della necessità di una comunicazione profonda. È infatti lo stesso Seppilli nel 1969 a sottolineare l’importanza dell’ES rivolta alla popolazione generale, al fine di evitare impatti emotivi di fronte a problemi medici e di prevenire il rischio che sia la gente comune, e non il medico a formulare diagnosi e prescrivere terapie⁸. Tale impostazione segna l’importante passaggio da “educazione sanitaria” a “Educazione alla salute”, concetto introdotto in Italia in ambito sociologico nel 1982 da Balbo⁹. Le motivazioni di tale passaggio concettuale possono essere molteplici, ma la più importante consiste nella riduzione della prevenzione medicalizzante, in favore di un approccio salutogenico. Un ulteriore elemento di modernità viene introdotto nel 1956 da L’Eltore, quando allarga l’ES, oltre al campo della promozione e prevenzione, anche a quello della cura e della riabilitazione. Tale concetto verrà, però, sviluppato solo a partire dagli anni ’90. Sebbene l’educazione alla salute, più partecipata, rappresenti un’importante evoluzione del concetto di ES, più prescrittiva, entrambe si basano sull’assunto secondo cui l’operatore è in grado di definire a priori la condizione di “salute”.

In realtà la definizione di salute e il suo vissuto sono, invece, variabili nel tempo, nello spazio e nel contesto socio-culturale dell’individuo. La salute è sempre più il frutto dei propri stili di vita, delle

scelte fatte dai genitori e di molteplici aspetti culturali, fattori che possono variare anche nel corso della vita dello stesso individuo e che, quindi, prevedono una responsabilità personale. Questi mutamenti cambiano le coordinate tradizionali dell'ES, richiedendo una rivalutazione di educazione sanitaria e salute. Da ciò si evince che se la salute non è definibile a priori, è necessario che venga ridefinita il più frequentemente, diffusamente e profondamente possibile. Tale fase di ridefinizione è essa stessa intervento di educazione alla salute, inteso come comunicazione profonda¹⁰.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di ripercorrere l'evoluzione dell'ES in Italia, attraverso gli scritti posseduti dal centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria (CeSPES) al fine di individuare le sfide future. Il CeSPES nasce nel 1954 sotto il nome di centro sperimentale dimostrativo per l'educazione sanitaria della popolazione, rinnovandosi ripetutamente nel corso della storia, per arrivare nel 2014 all'attuale CeSPES. Esso nasce ed è a tutt'oggi un organismo volontario i cui obiettivi sono quelli di "offrire agli operatori sanitari e scolastici un punto di riferimento per la loro formazione e concreti strumenti per la documentazione in materia di educazione sanitaria e promozione della salute"¹¹. Il centro si iscrive nello stesso anno della sua fondazione all'International Union for Health Promotion and Education (IUPHE) nata circa due anni prima. Nel 1956 fonda la prima rivista "educazione sanitaria" oggi "Sistema salute: La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute", rivista che offre ai professionisti del settore il punto di riferimento italiano su teorie, concetti, modelli, ricerche e interventi in educazione sanitaria e promozione della salute¹². Nel 1958 il CeSPES inaugura le sue attività didattiche istituendo il I° corso estivo di educazione sanitaria che verrà riproposto nei successivi 25 anni a seguito dei quali il corso verrà trasformato in master. Sempre nel 1958 il CeSPES, grazie al sostegno dell'Organizzazione Mondiale

della Sanità (OMS), diviene sede per la biblioteca dedicata all'educazione sanitaria, unica in Italia, ed ottiene poi nel 1985 la sede della banca dati Igea dove vengono conservate schede record riferite a pubblicazioni a stampa (libri, articoli e inserti monografici di riviste), letteratura grigia e minore, sussidi e giochi didattici, relativi alla educazione e promozione della salute¹³. In essa sono raccolti oltre 48 mila schede record, migliaia di libri, materiali divulgativi e didattici provenienti da tutto il mondo.

Educazione alla salute e comunicazione profonda

L'ES si è evoluta nel tempo, non solo per i progressi delle tecnologie di comunicazione, ma anche per una maturazione della cultura della prevenzione, in virtù della quale si è passati da una *educazione sanitaria della prima generazione*, basata sulla diffusione di informazioni e norme, alla *educazione comportamentistica*, intesa come strumento per ottenere comportamenti o decisioni favorevoli alla salute; per giungere, poi, all'*educazione sanitaria come partecipazione*, intesa come "prendere parte" alle fasi del processo di identificazione dei problemi di salute, priorità, obiettivi e analisi dei comportamenti culturali e sociali¹⁴. Potrebbe essere possibile dunque, parlare di educazione alla salute più che di educazione sanitaria.

L'educazione alla salute dovrebbe rivolgersi alle persone come protagonisti del loro processo di salute e non soltanto come destinatari passivi di un intervento. È necessario, allora, nel contesto relazionale, sottolineare l'importanza dell'accoglienza, nel senso di capacità da parte di chi fa educazione alla salute di accogliere l'altro, capirne il suo concetto e/o bisogno di salute e ridefinire con lui e per lui l'intervento di educazione alla salute. Questo per far in modo che l'intervento di educazione non sia solo, come già detto, un momento puramente informativo, ma il punto di incontro con l'altro, dove il desiderio di conoscenza e cambiamento di stile di vita sia il centro di questa costruzione positiva per il futuro. Per dirla con le parole

di Kant “una regola non può diventare oggettiva, se prima non la si sente come nostra, cioè se prima non è soggettiva”¹⁵.

Come ricordato anche da Claudio Calvaruso, è l’assenza di un “legame comunitario” a determinare patologia. Per usare le sue parole: “È la relazionalità che aiuta a guarire, l’assenza di relazionalità può determinare malattia”¹⁶.

Educazione sanitaria e promozione della salute

Quando è stato introdotto il concetto di promozione della salute e di salutogenesi sembrava che non si dovesse più parlare di ES. Al contrario, è proprio quando si affermano questi valori che non si può dimenticare l’educazione alla salute. Infatti, l’introduzione della promozione in ES non comporta semplicemente l’aggiunta di un ulteriore tema e obiettivo a quelli preesistenti, ma implica, piuttosto, un nuovo scenario mentale, prima che politico-culturale. Il modello di educazione sanitaria promozionale comporta un fare “per” qualcuno, ma anche un fare “con”, orientato alla costruzione di qualcosa che non è preesistente. Implica un rapporto di reciprocità organizzata secondo la forma della ricerca-formazione e della ricerca-processo finalizzata all’apprendimento dell’esperienza e al cambiamento organizzativo e culturale. Emergono, in sostanza, i caratteri distintivi di un’educazione ecologica e di promozione della salute. La possibile complementarità tra azione promozionale e azione educativa è individuata nella sinergia fra modificazione dell’ambiente e cambiamento del contesto relazionale e di senso¹⁷.

Per gran parte della sua storia il centro sperimentale ha cercato per l’ES di centrare l’attenzione sulla questione della soggettività sostenendo che “il contributo del soggetto fosse altrettanto importante e, nella pratica, ancora più indispensabile di quello professionale e che l’esperienza vissuta dai soggetti fosse da valorizzare come punto di partenza e di arrivo di ogni progetto”¹⁸.

D’altronde, è proprio tramite l’educazione sanitaria che il cittadino diventa parte attiva e consapevole nel rapporto con il sistema sanitario

per la difesa della propria salute¹⁹. Uno degli strumenti essenziali per ogni strategia che tenda sia a migliorare l'efficienza dei servizi sia a favorire il raggiungimento di una migliore qualità della vita è proprio l'educazione alla salute. Pertanto, l'ES, essendo parte della Promozione della salute, contribuisce in larga misura all'empowerment, allo sviluppo delle *life skills*, nonché alla corretta utilizzazione dei servizi. Ci si auspica, dunque, che i programmi di educazione alla salute uniscano l'informazione per gli studenti a un programma di sviluppo delle loro capacità, per rafforzare valori quali, ad esempio, la determinazione positiva del sé²⁰. La logica dell'intervento si basa sull'emancipazione della persona, al fine dell'acquisizione di capacità utili per un controllo attivo e consapevole della propria vita, con lo sviluppo di competenze per la gestione di nuove esperienze²¹. Il fine ultimo è, quindi, quello di coniugare il valore delle *life skills* con l'educazione critica alla salute. Nel rapporto tra promozione della salute ed educazione sanitaria probabilmente c'è, nella prima, un obiettivo che riguarda l'intera comunità, nella seconda, una funzione educativa che si rivolge al singolo e alla comunità. Infine, è bene ricordare come nel termine di salute i determinanti non sono solo sanitari ma anche sociali: si ha condizione di salute quando sono soddisfatti i bisogni relazionali.

Per il legame scientifico e culturale tra promozione della salute ed educazione alla salute si potrebbe anche pensare al termine "promozione della cultura della salute". Con questo termine si intende un'educazione alla salute in grado di coinvolgere il cittadino, aumentarne l'empowerment, al fine non solo di aumentare l'health literacy, ma anche, e soprattutto, la sua condizione di salute. Ciò per fare in modo che l'intero processo educativo rappresenti un momento di socializzazione e confronto di esperienze²².

Teorie, strategie e target dell'educazione sanitaria

Una delle difficoltà storicamente legate all'ES è la possibilità di dimostrare l'efficacia degli interventi messi in atto. Al fine di mi-

gliorare gli interventi e poterne misurare i risultati ottenuti, l'OMS ha redatto nel 2012 un documento di supporto tecnico delineando e definendo le teorie e le strategie, che secondo una revisione della letteratura, si sono dimostrate più efficaci nel contesto dell'ES. Dagli studi analizzati si evince che le pratiche di ES si basano su teorie dei comportamenti salutari e comprendono diversi modelli²³. Il "rational model", basato sul concetto che le conoscenze possono determinare cambiamenti comportamentali; il modello "health belief" che si basa sulla percezione del rischio, severità, benefici e barriere, segnali di azione e auto-efficacia; il modello "extended parallel process" si basa sul concetto per cui nel momento in cui si presentano informazioni contenenti messaggi che affrontano situazioni di rischio per la salute, i soggetti effettuano due processi di valutazione: il primo valutare se il rischio presentato sia effettivo per la propria persona, se l'azione consigliata possa effettivamente ridurre il rischio, in secondo luogo se si è personalmente in grado di mettere in atto il cambiamento richiesto. Il modello "transtheoretical model of change" per cui il cambiamento è determinate da 5 steps in ognuno dei quali i soggetti necessitano di livelli differenti di informazioni e in ognuno dei quali gli educatori possono offrire interventi specifici; il modello del "theory of planned behaviour" in cui l'intenzione al cambiamento è influenzata non solo dalle norme sociali, ma anche dal grado percepito di controllo comportamentale. Il modello "activated health education" che prevede il coinvolgimento del soggetto nella valutazione del proprio stato di salute, presentazione delle informazioni sulla salute e l'acquisizione di consapevolezza e infine pianificazione al cambiamento. Il modello "social cognitive" individua alcuni fattori in grado di influenzare il cambiamento: l'auto-efficacia, obiettivi e risultati attesi. Il modello "communication" suggerisce l'utilizzo di strategie e messaggi da inviare rispetto alla popolazione target a cui ci si riferisce. Il modello "diffusion of innovation" secondo la quale è necessario riconoscere il grado di propensione al cambiamento dei

soggetti e in virtù di questo sviluppare strategie adattate alle necessità individuate. Nessuno dei succitati modelli prevale sugli altri, ma la scelta è basata sul tipo di intervento da effettuare e soprattutto sulla popolazione target²⁴. Infatti, indipendentemente dal modello scelto è necessario, secondo quanto suggerito dall'OMS, seguire una strategia che prevede in primo luogo il coinvolgimento attivo e la partecipazione dei membri della comunità a cui l'intervento di ES è rivolto; pianificazione e identificazione dei problemi di salute della comunità; valutazione dei bisogni e delle risorse prima di avviare un intervento di ES. In fine il progetto di ES dovrà prevedere l'utilizzo di strumenti comunicativi di livello diverso (media, social network,..) al fine di raggiungere tutti i membri della comunità. Inoltre, dovrebbe prevedere la possibilità di perdurare nel tempo, soprattutto in virtù di cambiamenti comportali non sempre facili da realizzare. Infine, la scelta del target. I targets degli interventi di ES sono in realtà molteplici, i più frequenti e nei quali si sono raggiunti risultati positivi sono: la scuola, l'università o gli ambienti lavorativi, in setting sanitari e anche nelle comunità²⁵.

Le nuove frontiere dell'educazione sanitaria

Gli scenari europei e mondiali ci presentano una situazione preoccupante, caratterizzata da²⁶:

- aumento delle diseguaglianze;
- nuovi modelli nei consumi e nella comunicazione;
- commercializzazione di tutti i beni, compresa la salute;
- mutamenti ambientali profondi.

Se agli inizi degli anni '60-'90 del secolo scorso molti paesi europei avevano creato sistemi sanitari nazionali, i preoccupanti tagli ai servizi di prevenzione²⁷, a cui si è assistito e si assiste ancora oggi, pone seri rischi di aumento dell'esclusione sociale, delle cattive con-

dizioni di lavoro e della comparsa di nuove povertà²⁸. A questo scopo sono nate associazioni basate sul *self-help* e sul *self-care* o alla difesa dei diritti dei cittadini in grado di accorciare le distanze che separano il cittadino dalle istituzioni aprendo interessanti spazi alla partecipazione²⁹.

La prima ad essere esclusa da istituzioni e welfare è la popolazione straniera: l'integrazione multietnica pone "problemi" nuovi all'ES, in quanto veniamo a contatto con abitudini sanitarie molto diverse ed è necessario capire come esse possano essere integrate e armonizzate pacificamente³⁰. La migrazione è un fenomeno in progressivo aumento in Europa, così come in Italia, la quale ha visto quintuplicare nell'ultimo decennio il numero di cittadini provenienti da altri paesi. Siamo passati da meno del 1% della popolazione complessiva, agli inizi degli anni 2000, a circa il 5% attuali (circa 3 milioni di persone), escludendo gli irregolari³¹. I migranti possiedono culture, comportamenti e stili di vita che spesso divergono da quelle che sono le raccomandazioni utili al mantenimento di un buono stato di salute, per cui conoscere i loro stili di vita non offre solo l'importante beneficio del dar voce a queste fasce sempre più consistenti di popolazione su un capitolo importante quale quello della salute, ma anche di migliorare l'offerta e i livelli di sanità pubblica, soprattutto in interventi quali quelli legati alla educazione e promozione della salute³². Infatti, il miglioramento complessivo delle condizioni di salute ed il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione hanno determinato un aumento della prevalenza di patologie cronico-degenerative. Pertanto, mantenere un buono stato di salute, per la popolazione tutta, compresa quella straniera/migrante, è non solo una delle nuove sfide dell'ES, ma rappresenta oggi la sfida della Sanità per antonomasia.

Un contributo importante alla connessione fra popoli e alla diffusione veloce e gratuita di informazioni è da attribuirsi alla nascita e allo sviluppo del Web. Per contro, la vastità e l'eterogeneità dei con-

tenuti presenti in internet ha creato e crea tutt'ora rilevanti problemi di disinformazione che non dovrebbero essere sottovalutati, ancor più in ambito sanitario. Diversi studi, tra cui due italiani, mostrano come Internet, e il web più in generale, siano diventate una delle fonti più importanti di ricerca di informazioni sanitarie. Infatti, il numero di utenti che cerca nozioni sanitarie sul web è più della metà del numero di utenti totali. In particolar modo, i maggiori fruitori sono donne tra i 30 e 40 anni e donne in gravidanza^{33,34,35,36}. Sarebbe, quindi, auspicabile fornire strumenti di comprensione delle informazioni sanitarie, ma soprattutto strumenti utili ad orientarsi nel mare magnum del web. Se è vero, infatti, che la metodica "informativa", inizialmente adottata dall'ES, non tenendo conto delle differenze tra i destinatari, contribuiva ad incrementare le diseguaglianze tra coloro che avevano accesso ad informazioni corrette e servizi appropriati e coloro che continuavano a rimanervi esclusi, anche il web rischia di incorrere nella stessa problematica. Dalla fine del secolo scorso il progresso delle tecnologie e lo sviluppo e la diffusione di internet hanno reso possibile l'implementazione di canali web in grado di fornire ai cittadini qualsiasi tipo di informazione, anche di carattere sanitario o pseudo tale. L'obiettivo che l'educazione alla salute dovrebbe oggi porsi è proprio quello di aumentare l'accesso della popolazione ad informazioni sulla salute di alta qualità. Per ottenere ciò, è, però, necessario il maggior coinvolgimento dei cittadini/utenti/pazienti, al fine di renderli il più possibile responsabili rispetto alla propria condizione di salute e consapevoli riguardo alle potenzialità e ai limiti del web. Questa riflessione all'uso critico di internet può iscriversi in un processo di rinnovamento dell'educazione alla salute; la nostra sfida è e dovrà essere quella di fornire indicazioni utili al cittadino per districarsi all'interno degli innumerevoli siti internet, evitando quelli dove la pubblicazione delle informazioni non è vagliata e verificata, atti a "vendere" più che a educare. "[...] Gran parte della moderna propaganda commerciale è diretta a rag-

giungere lo stesso risultato: noi non “vediamo” più un gran numero di cartelli pubblicitari, ma la loro presenza ci influenza nelle nostre scelte³⁷. L’obiettivo ultimo, pertanto, rimane quello di contribuire all’*empowerment* del cittadino, ripetutamente richiamato dall’OMS (1978, 1986, 1998, 2005)^{38,39,40,41}. Il cittadino empowered è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita e un protagonista del proprio benessere ed è, pertanto, un soggetto in grado di interagire razionalmente e responsabilmente con il proprio ambiente di riferimento.

Limiti dell’educazione sanitaria

L’educazione sanitaria si pone come strumento principale nell’articolato processo di empowerment sanitario e sociale della salute. In questo contesto, però, molti soggetti, professionisti e forze sociali, con ruoli diversi, sono chiamati ad assolvere tale funzione educativa⁴².

Già Seppilli nel 1989⁴³ durante il discorso inaugurale del X corso annuale di perfezionamento in educazione sanitaria, organizzato dal Centro Sperimentale per l’Educazione Sanitaria (oggi Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l’Educazione Sanitaria) dell’Università degli Studi di Perugia, sottolineava come si trattasse non di un corso sanitario, ma di un corso di metodologia dell’educazione sanitaria: egli evidenziò già all’epoca, l’importanza di saper comunicare, “a cominciare proprio dal personale sanitario, che, nel suo curriculum formativo, non ne ha avuto neppure gli elementi di base”⁴⁴. Sono numerosi gli studi di letteratura che mostrano l’incapacità del personale sanitario di saper comunicare o l’assenza stessa di corsi universitari in grado di fornire competenze comunicative. Uno degli intenti dell’ES è proprio di fornire capacità comunicative a studenti del comparto sanitario affinché questi siano in grado di trasferire le nozioni apprese. Tuttavia, l’efficacia dei programmi di ES risulta ancora una questione insoluta, perché le azioni

di promozione ed educazione alla salute non sono ancora considerate come azioni di routine stabilmente integrate nella missione dei servizi sanitari, ma sono approcci per lo più calati dall'alto, senza alcuna attenzione ai bisogni e alle domande dei destinatari, frammentari, eterogenei, spesso improvvisati e senza un orientamento progettuale e valutativo sistematico⁴⁵. La complessità dell'azione di promozione ed educazione alla salute necessita una seria e duttile preparazione affinché l'opera possa raggiungere i suoi propositi⁴⁶.

Conclusioni

Il CeSPES tramite la figura del suo fondatore Alessandro Seppilli ha rappresentato un punto di riferimento pionieristico per l'educazione alla salute in Italia. Dalla sua nascita ad oggi, questo piccolo nucleo è andato man mano crescendo e affrontando sempre in prima linea le tematiche del settore, aggiornandosi e rinnovandosi, pur mai tradendo lo spirito e la filosofia con cui è stato fondato.

Il capitale umano in buona salute rappresenta un prerequisito essenziale per raggiungere gli obiettivi di crescita economica e sociale. *Promozione della Salute, Cultura della Salute, Educazione Sanitaria, Educazione alla Salute*, sono vari termini che vorrebbero riferirsi tutti ad un unico concetto, così dinamico che l'approccio terminologico risulta insufficiente o comunque molto variegato. L'informazione, scientificamente corretta e idoneamente modulata, costituisce senz'altro una base indispensabile, prioritaria, ma non esaustiva, per un percorso di promozione della salute. Il sapere, cioè, non va disgiunto dal saper fare e dal saper essere.

Ringraziamenti

Si ringraziano la Dottoressa Paola Beatini e il Dottor Osvaldo Fressoia per aver collaborato in maniera importante alla ricerca della documentazione utile alla realizzazione del presente lavoro.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. FICARRA D., *Educazione alla salute e dono del sangue*. Reggio Calabria, Laruffa editore, 1985.
2. MAGGI C., *Educazione alla salute: brevi cenni storici e nuovi orizzonti*. Ed. Salute 1984; 1.
3. MODOLO MA., *Promozione della salute ed educazione: un approccio storico*. Ed. Sanitaria Promozione Salute 2000; 23: 118.
4. TOUNTAS Y., *The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine*. Health promotion international 2009; 24(2): 185-192. PubMed PMID: 19304737.
5. FICARRA D., *L'educazione sanitaria in Occidente*. Reggio Calabria, Laruffa editore, 1987.
6. BRIZIARELLI L., *I nuovi orizzonti dell'educazione sanitaria e della promozione della salute: politiche e reti per la salute*. In: BRIZIARELLI L., POCETTA G., *Atti della conferenza Nazionale di Educazione e Promozione della Salute Pisa, 8-10 giugno 2000*. CIPES, 2000.
7. SEPPILLI A., *Primo Convegno Nazionale su l'Educazione Sanitaria nella scuola e nei programmi scolastici*. 1958.
8. SEPPILLI A., *The determinant factors of behaviour change*. In: MODOLO MA., MAMON J., *A long way to health promotion through IUHPE Conference 1951-2001*. Perugia, University of Perugia - Interuniversity Experimental Center for Health Education (CESi), International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 1969, pp. 224.
9. BALBO L., *Educazione alla salute, promozione della salute, stili di vita*. Unit. Sanit 1982; 12: 7.
10. CALAMO-SPECCHIA F., *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Ediotre, 2011.
11. CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA (CeSPES). *Breve Storia*; 2016. Available from: <http://cespes.unipg.it/storia.htm>.
12. CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA (CeSPES). *Sistema Salute: La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*; 2016. Available from: <http://cespes.unipg.it/Sistema%20Salute%20La%20Rivista%20Italiana.htm>.

13. CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA (CeSPES). *Banca Dati 2016*. Available from: <http://cespes.unipg.it/banca%20dati.htm>.
14. MODOLO M.A., BRIZIARELLI L., *Educazione Sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale*. Ed. Sanitaria Promozione Salute. 1990; 13 (3): 161-174.
15. KANT I., *Eine Vorlesung Kants über Ethik: im Auftrage der Kantgesellschaft vPM*. Berlin, Pan Verlag Rolf Heise 1924, pp. 319, trad.it. GUERRA A. (a cura di), *Lezioni di etica*. Bari, La Terza, 1971.
16. CALVARUSO C., *Investire in salute, nuove politiche di sanità pubblica per la Promozione della salute e l'Educazione sanitaria*. In: BRIZIARELLI L., POCETTA G., *Atti della conferenza Nazionale di Educazione e Promozione della Salute Pisa, 8-10 giugno 2000*. CIPES, 2000.
17. INGROSSO M., *Diventare sensibili alla salute. Efficacia e apprendimento nell'educazione e promozione alla salute*. Ed. Sanitaria Promozione Salute 1994; 17(1): 9-37.
18. MODOLO MA., *L'educazione sanitaria nella promozione della salute*. Ed. Sanitaria Promozione Salute 2000; 23 (1): 10-19.
19. BERNABEI A., *L'educazione sanitaria e la promozione della salute nella sanità federale*. In: BRIZIARELLI L. POCETTA G. *Atti della conferenza Nazionale di Educazione e Promozione della Salute Pisa, 8-10 giugno 2000*. CIPES, 2000.
20. GIUSTI M., *Educare alla responsabilità. Cultura e pratica delle abilità personali per la salute in ambito scolastico*. Firenze, Giunti Progetti Educativi, 2011.
21. SENATORE R., TOMMASINI M., BALLINI V., *Educare alla responsabilità: life skills education e peer education*. Firenze, Giunti Progetti Educativi, 2010.
22. LO SASSO F., SMALDONE A., *La promozione della salute in tutte le politiche e professioni*. In: LO SASSO F., SMALDONE A., *Atti del meeting nazionale SIPS- Vaglio Basilicata, 4-5 Settembre 2015*. Reileigh, U.S.A., Lulu Press 2015.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)., *Health behaviour theories, models and frameworks*. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies 2012*. Cairo, Regional Office for the Eastern Mediterranean.

24. RIMER B., GLANZ K., *Theory at a glance. A guide for health promotion practice*, 2nd ed. 2005. Bethesda, Maryland, US: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)., *Health education core competencies*. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies 2012. Cairo, Regional Office for the Eastern Mediterranean.
26. BRIZIARELLI L., *Promozione ed educazione alla salute oggi, fra individualismo e globalizzazione*. Ed. Sanitaria Promozione Salute 2006; 29 (4): 336-348.
27. MCLEROY K. R., CRUMP C. E., *Health promotion and disease prevention: a historical perspective*. Generations, 1994; 18(1): 9-17.
28. ESPING-ANDERSEN G., *Why we need a new welfare state*, Oxford, Oxford University Press 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)., Op. cit. nota 25
29. INGROSSO M., CATANI M., *Indagini sui gruppi di self-help nel settore sanitario in italia*. Ed. Sanitaria Promozione Salute. 1989; 12 (3): 286-304.
30. MORI M., *Le nuove sfide all'educazione sanitaria ed alla promozione della salute: equità, qualità, integrazione*. In: BRIZIARELLI L., POCETTA G., *Atti della conferenza Nazionale di Educazione e Promozione della Salute Pisa, 8-10 giugno 2000*. CIPES, 2000.
31. ISTAT, www.istat.it/immigrati 2016.
32. CAMPOSTRINI S. CG., SALMASO S., SEVERONI S., *Malattie croniche e migranti in Italia. Malattie croniche e migranti in Italia*. Venezia, Organizzazione Mondiale della Sanità - Istituto Superiore della Sanità - Università Ca' Foscari, 2015.
33. SILIQUINI R., CERUTI M., LOVATO E., BERT F., BRUNO S., DE VITO E. et al., *Surfing the internet for health information: an italian survey on use and population choices*. BMC Med. Inform Decis Mak. 2011; 7: 11-21.
34. LOVATO E., BERT F., BRUNO S., CERUTI M., DE VITO E., LA TORRE G. et al., *[Role of the Web on behaviors and health choices in six Italian cities: results of a multicenter study]*. Ann. Ig 2011 Jul-Aug; 23 (4): 283-294. Ruolo del web sui comportamenti e sulle scelte sanitarie in sei città italiane: risultati di uno studio multicentrico.
35. BERT F., GUALANO MR., BRUSAFFERP S., DE VITO E., DE WAURE C., LA TORRE G. et al. *Pregnancy e-health: a multicenter Italian cross-sectional study on Internet use and decision-making among pregnant women*. J. Epidemiol Community Health. 2013; 67(12): 1013-1018.

36. SILIQUINI R., SAULLE R., RABACCHI G., BERT F., MASSIMI A., BULZOMI V. et al., *Validation of a web-based questionnaire for pregnant women to assess utilization of internet: survey among an Italian sample*. Ann. Ig 2012; 24 (5): 397-405.
37. SEPELLI A., [*Health education and Public Health*]. Sist. Salute 2014; 58: (3): 271-276. Educazione Sanitaria e salute pubblica.
38. OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION. Can J Public Health 1986; 77(6):425-30.
39. DECLARATION OF ALMA-ATA. Lancet 1978; 11, 2 (8098): 1040-1041.
40. THE JAKARTA DECLARATION ON HEALTH PROMOTION IN THE 21ST CENTURY. Health Millions, 1998; 24 (1): 29-30, 5.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)., *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Health Promot J Austr. 2005; 16 (3): 168-171.
42. BRIZIARELLI L., *L'Educazione sanitaria nei servizi sanitari di base come strumento di promozione di processi di salute*. Ed. Sanitaria Promozione Salute 1989; 12 (2): 179-184.
43. SEPELLI A., *Corso annuale di perfezionamento in educazione sanitaria*. Ed. Sanitaria Promozione Salute 1989; 12 (1).
44. Op. cit. nota 43
45. POCETTA G., *Riflessioni sull'educazione sanitaria. Esiste ancora l'educazione sanitaria?* Sist. Salute 2014; 58 (3): 290-294.
46. Op. cit. nota 37.

Correspondence should be addressed to:

Vincenza Gianfredi, Via del Giochetto, 2. Perugia - 06126

Tel: 075 5857488 Fax: 075 5857428

email: vincenza.gianfredi@studenti.unipg.it.

