

Eduardo Missoni

Educazione sanitaria come profilassi nei paesi  
in via di sviluppo: l'attuale esperienza  
nicaraguense

Estratto da:

EDUCAZIONE SANITARIA E MEDICINA PREVENTIVA

Vol. 5 - N. 1 - Gennaio-Marzo 1982



IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE - ROMA

# Educazione sanitaria come profilassi nei paesi in via di sviluppo: l'attuale esperienza nicaraguense

Eduardo Missoni

## IMPORTANZA DELL'EDUCAZIONE SANITARIA E SUE CARATTERISTICHE GENERALI

Un gran numero di malattie a forte incidenza in tutta l'area tropicale sia per morbosità che per mortalità, sono legate al comportamento inadeguato sotto il profilo igienico personale e collettivo ed alla incapacità ad accettare misure preventive ufficialmente proposte.

Una modificazione di questo comportamento permetterebbe di ridurre l'incidenza di tali malattie nella comunità in cui si attui tale processo.

L'educazione sanitaria deve quindi essere considerata una indispensabile misura profilattica.

Maurice King (che fu il primo a scrivere sulla medicina nei paesi in via di sviluppo) (1), suddivide in quattro stadi progressivi l'azione dell'educazione sanitaria:

— fornisce alla persona sufficienti elementi conoscitivi nuovi e corretti riguardo alla malattia da fargli apparire ragionevoli le misure preventive richieste dalla medicina scientifica (es. immunoprofilassi);

— sensibilizza la persona intorno all'importanza del proprio stato di salute così da fargli modificare il comportamento e adottare tali misure preventive;

— la stimola ad interessarsi alla salute degli altri;

---

Dr. Eduardo Missoni laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in malattie Tropicali e Sub-tropicali, lavora attualmente in Nicaragua, come volontario civile nella Cooperazione Internazionale, in un progetto sanitario ed agricolo del M.L.A.L. (Movimento Laici per l'America Latina) con il MINSA (Ministerio de Salud) del Nicaragua.

Indirizzo: Via Valdagno, 26 - 00191 Roma - Tel. (06) 3274781.

(1) King M., *Medical Care in Developing Countries*, 1966.

— cerca di sensibilizzarla rispetto ai primi tre punti tanto da fargli appoggiare o addirittura iniziare un'azione preventiva nella comunità.

E' chiaro che l'effetto di cui al quarto punto è molto difficile da ottenere, ma, una volta raggiunto, è quello che garantisce un effetto moltiplicatore nella comunità.

Educazione non è dunque solo apporto di elementi conoscitivi nuovi, è soprattutto modificazione di comportamento; la complessità del processo educativo è accentuato infatti dalla preesistenza di conoscenze, credenze, abitudini che a volte radicate profondamente nella tradizione risultano di difficile rimozione; questa situazione è generalmente particolarmente accentuata in area rurale, nei paesi in via di sviluppo, dove al persistere di elementi legati alla tradizione, si è più recentemente affiancata e sovrapposta una serie di elementi estranei a tale tradizione, praticamente inseriti come conseguenza di un atteggiamento politico ed economico che favorisce la dipendenza della popolazione da questi stessi elementi. Tale situazione è anche spesso il risultato di una politica sanitaria puramente assistenziale.

La vasta diffusione dell'analfabetismo nei paesi in via di sviluppo, condiziona la trasmissione verbale delle conoscenze e delle usanze, la facile deformazione di esse nel corso del passaggio delle nozioni ed il facile inserimento di nozioni contrarie agli interessi della comunità, anch'esse parte di un preciso progetto politico ed economico in favore di interessi alieni. L'analfabetismo deve essere quindi considerato un grossissimo limite a qualsiasi intervento educativo (dunque anche di quello sanitario) e di per sé fattore importantissimo di dipendenza.

E' evidente che l'educazione è per principio un processo attuato nell'interesse dell'individuo o delle comunità cui è diretto. Tale processo può, però, essere manipolato facilmente nell'interesse dell'«educatore», tanto più, quanto più tale azione educativa sia diretta dall'alto in basso, consideri l'educando esclusivamente come oggetto passivo di tale azione o ne limiti la partecipazione attiva al processo stesso.

Il coinvolgimento, la partecipazione dell'individuo e della popolazione nell'attività educativa, favorisce, oltre ad una maggiore incisività, uno stimolo all'assunzione critica e cosciente, quindi non atta ad essere manipolata, dei nuovi elementi conoscitivi.

L'azione educativa, inoltre, non può non prendere in considerazione la realtà culturale e sociale nella quale si svolge. Quegli elementi culturali che abbiamo detto essere radicati nella tradizione, non devono essere aprioristicamente considerati da rimuovere (atteggiamento anche questo legato

spesso agli interessi di chi interviene dall'esterno della comunità); si deve considerare infatti che tali tradizioni sono la base della conservazione della indipendenza culturale della comunità, devono cioè essere valutati nel loro reale contesto socio-culturale.

Concretamente, sono le pratiche mediche quelle che interessano, mentre le credenze interessano solo ove determinino delle pratiche o rendano difficile la trasformazione di una pratica dannosa in una benefica. La rimozione sarà, dunque, rivolta alle pratiche dannose; quelle non dannose o benefiche non saranno invece prese in considerazione, se non come patrimonio culturale della comunità o coscientemente appoggiate in quanto elementi positivi nella ricerca di un miglioramento dello stato di salute, che è poi il fine della stessa educazione sanitaria.

In definitiva, l'educazione sanitaria non è solo una misura profilattica importante. Deve essere parte integrante di un processo educativo integrale, che punti al miglioramento del livello di vita, attualmente infraumano per la maggior parte della popolazione nei paesi in via di sviluppo, non dissociata dunque dalla alfabetizzazione e dalla educazione sociale e politica, sempre intesa come presa di coscienza e partecipazione a qualunque processo di rinnovamento della comunità.

#### LINEE METODOLOGICHE DELL'EDUCAZIONE SANITARIA DEL TERZO MONDO

Abbiamo detto che l'educazione sanitaria ha lo scopo di modificare il comportamento che sia causa di malattia. Analizzerò ora i punti metodologici essenziali perché tale intervento educativo risulti efficace nella realtà di un paese in via di sviluppo.

L'educazione che voglia riuscire ad ottenere il cambio di comportamento deve preoccuparsi di favorire la presa di coscienza sulla necessità di tale cambio, crearne dunque la esigenza; ciò infatti risulterà essenziale perché nell'individuo oggetto dell'azione educativa si generi anche lo stimolo ad agire come agente moltiplicatore.

Tale presa di coscienza però, come sappiamo, non può essere astratta dalla realtà socio-culturale vissuta dall'individuo; la situazione sanitaria che egli vive non può essere considerata solo come la conseguenza delle sue limitate od inesatte conoscenze in questo campo e quindi non è risolvibile con una semplice « estensione » di conoscenze dall'educatore all'educando. Il comportamento « sanitario » dell'individuo è molto di più il risultato di tutti i condizionamenti che hanno generato la sua esperienza: cultura, ambiente, società, etc.

Il primo passo di un processo educativo è allora la scoperta e la valutazione di tutti questi fattori, in un certo senso quella che King definì « Community diagnosis ». (1)

Siamo di fronte al primo ostacolo che incontrerà l'educatore, considerando il fatto che generalmente egli è estraneo alla comunità, non ne ha finora condiviso l'esperienza; un ostacolo comunicativo non superabile senza prendere in considerazione questa verità.

Per chi si inserisce dall'esterno nella comunità, la condivisione è il risultato di tappe successive di analisi ambientale, ambientazione (avvicinamento personale ai problemi, le difficoltà, etc.), definitivo inserimento, partecipazione all'esperienza della comunità e della sua situazione, comune ricerca delle soluzioni.

L'educazione deve essere innanzitutto comunicazione, dialogo, e lo sarà « nella misura in cui non è trasferimento di sapere, ma un incontro di soggetti interlocutori ». (2)

Problematizzazione della situazione sanitaria da superare, relazione critica di essa con la realtà circostante, presa di coscienza e ricerca delle possibili soluzioni, sono aspetti diversi della coscientizzazione che costituisce il passo fondamentale di qualunque processo educativo dinamico, quindi continuo, permanente e progressivo.

La OMS sottolinea che l'educazione sanitaria è compito di ognuno.

Nella realtà rurale il Centro di Salute costituisce il principale o l'unico punto di riferimento per la risoluzione dei problemi sanitari. La popolazione è abituata a ricevere e a chiedere l'assistenza medica limitata all'aspetto curativo, per lo più realizzato con una sbrigativa dispensa di farmaci.

Ma in realtà, il Centro di Salute, proprio in quanto punto di riferimento, può e deve servire anche come base della educazione sanitaria; questa sarà preoccupazione di tutto il personale, dal medico all'inserviente, ognuno al suo livello e secondo le opportunità che avrà di comunicare con la popolazione. Alla base di questo servizio ci sarà l'incontro periodico su questi temi, di tutto il personale cercando di instaurare anche in questo momento educativo, quella comunicazione-scambio dove educatore ed educando dinamicamente si confondono nel processo di coscientizzazione.

Il Centro di Salute nell'ambito di una comunità non sarà peraltro una struttura isolata, del resto il personale stesso è parte della comunità; ricer-

---

(1) King M., Op. cit.

(2) Freire P., *Extension o comunicacìon, la concientizacìon en el medio rural.*

cherà costantemente la cooperazione mutua con le altre strutture sociali della comunità: scuola, parrocchia, amministrazione comunale, cooperative, etc. Così l'educazione sanitaria verrà a coinvolgere un numero sempre maggiore di persone, a volte con una indiscutibilmente vantaggiosa posizione di leadership (es. maestro, sacerdote, etc.).

Giacché, come abbiamo visto, l'azione educativa pur essendo diretta alla comunità, non si realizza verso di essa, ma con essa, il punto successivo è la ricerca del coinvolgimento, della partecipazione attiva della comunità al processo educativo. Si dovranno ricercare allora i momenti per tale coinvolgimento della popolazione. Dove esistano già strutture associative, gruppi giovanili, circoli dei genitori, cooperative, etc., il compito sarà facilitato dall'esistenza di incontri più o meno periodici dei componenti. Ovviamente dove tali strutture non esistano, sarà opportuno formare gruppi di persone motivate intorno a realtà quotidiane che problematizzate fungeranno da tema generatore di « circoli di investigazione ».

Nelle piccole comunità rurali, isolate del villaggio o paese, il lavoro educativo potrà essere rivolto, per lo meno all'inizio, direttamente a tutta la comunità, sempre secondo i concetti generali già esposti.

Nel gruppo così formato si andrà selezionando il leader naturale, quando invece tale ruolo non sia stato assunto fin dall'inizio da un membro della comunità stessa e da questa affidatogli. Questi, generalmente il più coscientizzato, diventerà nella sua comunità agente moltiplicatore di quella azione educativa che saprà vivere con la sua gente, educando educandosi, senza più ostacoli culturali perché egli stesso figlio di quella cultura.

Secondo tale progressione il coinvolgimento sarà ampio, basato sulla presa di coscienza non individuale, ma sempre di più di tutta la comunità, perché l'educazione è un'azione sociale, dove il problema sanitario si riuscirà a vedere nel più ampio contesto della vita, della realtà, della storia della comunità. I contadini scopriranno, nell'esercizio della critica, il perché del fatto che una certa realtà sanitaria appartiene solo a loro.

« E' giustamente per questo che, da un punto di vista più critico, e da una visione più storica, tanto per l'America Latina, come per il Terzo mondo in generale, non solo la capacitazione tecnica, ma qualunque altra dimensione educativa popolare (...), deve essere associata a questo sforzo attraverso il quale, gli uomini semplici scoprono se stessi, come uomini, come persone cui è proibito essere, però soprattutto come classe sociale dominata » (1).

---

(1) Freire P., Op. cit.

## L'ESPERIENZA NICARAGUENSE

Da quanto esposto risulta evidente l'importanza di pianificare su larga scala l'intervento educativo sanitario e questo nei paesi sottosviluppati dovrebbe rivestire carattere prioritario insieme alle altre misure di profilassi, rispetto ad interventi puramente assistenziali.

Gli interventi circoscritti ad aree limitate affidati ad un esiguo numero di « esperti », quantunque in grado di produrre un effetto moltiplicatore a livello della comunità locale, non potranno mai avere una reale incidenza sulla realtà sanitaria di un paese, pur costituendo un valido punto di partenza, là ove non esista a livello nazionale una corretta presa di coscienza di tale problematica.

Basata su di un'ampia partecipazione popolare è l'attuale esperienza nicaraguense in fatto di politica sanitaria. Utilizzerò tale esperienza come esempio applicativo di quanto precede, cercando di giungere a delle valutazioni conclusive pur non disponendo tuttavia di dati definitivi a conferma di quanto si dirà, trattandosi di attuazioni di recente introduzione ed in via di svolgimento, di cui sarà possibile una lettura obiettiva solo in un momento successivo.

Durante la fase finale e posteriore alla seconda guerra mondiale, si introdussero in America Latina una serie di programmi riformisti, per servire da contrappeso alle tremende contraddizioni che generò l'investimento capitalista nelle economie sottosviluppate di quel continente e da freno ai movimenti di liberazione che iniziavano a svilupparsi.

In generale si può dire, che dal 1943 al 1975 non è esistita in Nicaragua una politica nazionale di educazione sanitaria; la formazione di base degli educatori era eterogenea, mancavano sussidi didattici, come pure un preventivo che permettesse di mettere in pratica programmi educativi in maniera sistematica, di modo che le attività che si realizzavano risultavano disarticolate e di scarsa copertura.

Nel 1975, in seguito ad una donazione della A.I.D. (Agenzia Internazionale de Desarrollo) condizionata alla attuazione di un programma di educazione sanitaria nell'area rurale, si limitò l'intervento a sole 45 comunità rurali.

Si osserva in questo periodo un certo fermento nel campo dell'educazione sanitaria, con formazione di personale, scelta di una linea politica, presenza di supervisione internazionale permanente, creazione di nuovi enti specifici che non hanno poi mai funzionato, vuoi per mancanza di risorse umane e finanziarie, ma soprattutto per disinteresse.



Non esisteva, comunque, un programma nazionale di educazione sanitaria e ciò in linea con il sistema sanitario vigente durante il regime dittatoriale di Somoza, disarticolato, composto da una grande varietà di istituzioni verticali in concorrenza tra loro, a carattere assistenzialista, riflettente le relazioni socio-economiche e di produzione di quegli anni.

La grave situazione sanitaria in cui si trovava il paese il 19 luglio del 1979, e che attualmente esso cerca di superare, deve essere dunque considerata storicamente come il prodotto di quel sistema.

Si riportano di seguito alcuni dati statistico-sanitari che esemplifichino numericamente la situazione:

Mortalità generale per il 1976: 12,3 per mille abitanti (CELADE).

Mortalità infantile (nel primo anno di vita) per gli anni 1966-67: 121 per mille nati vivi (CELADE); 149 per mille nati vivi (OPS/OMS) così suddivisa per cause:

Enteriti ed altre malattie diarreiche	45,5%
Altre malattie batteriche	12,05%
Tetano	6,12%
Malattie dell'apparato cardio-circolatorio	3,63%
Altre cause di morte perinatale	3,02%
Meningiti	2,65%
Morbillo	2,45%
Influenza e malattie dell'Apparato Respiratorio	2,45%
Malaria	1,47%
Pertosse	0,98%
Altre	19,78%

Denutrizione (bambini da 0 a 6 anni)	
denutriti di I, II e III grado, media nazionale	67,7% (MINSAL)
area rurale	83,3% (CARE)
denutriti di I grado	45,5%
denutriti di II grado	29,5%
denutriti di III grado	8,3%
bambini di peso normale	16,7%

Speranza di vita alla nascita: 51,2 anni per i maschi.  
(CELADE) 54,2 anni per le femmine.

Questo panorama limitato, pur lontano da una visione completa della situazione, indica peraltro un aspetto tipico del sottosviluppo.

Il primo posto occupato da malattie infettive nella mortalità infantile, corrisponde, infatti, al basso livello igienico in cui vive la grande maggioranza della popolazione, associato allo scarso intervento di profilassi.

La morbosità vede tra le sue cause principali altre malattie infettive e parassitarie, fortemente dipendenti dal livello igienico della popolazione e



comunque generalmente eradicabili (parassitosi intestinali, malaria, tubercolosi, etc.); come quelle prevenibili mediante immunoprofilassi, ma che ancora troppe vittime mietono nella popolazione soprattutto infantile (poliomielite, tetano, morbillo e pertosse).

Uno studio più approfondito dovrebbe prendere in considerazione le notevoli differenze, sia per morbosità che per mortalità, esistenti tra l'area urbana e l'area rurale, ma ancor di più in relazione alle differenti classi sociali, in una società, come quella nicaraguense, così profondamente divisa. I dati relativi alla mortalità della classe economicamente agiata rispecchierebbero di fatto quelli di un paese sviluppato.

#### ATTUALI STRATEGIE EDUCATIVO-SANITARIE IN NICARAGUA

Con la nascita del nuovo *Sistema Unico di Salute* si sono stabilite in Nicaragua, dopo il 19 luglio 1979, nuove priorità nella politica sanitaria nazionale:

- portare la salute all'area rurale e nei quartieri emarginati della periferia urbana;
- decentrare servizi e strutture amministrative;
- eseguire programmi di medicina preventiva, con enfasi nelle vaccinazioni, latrificazione, controllo della malaria e tubercolosi; istituzione di programmi di reidratazione orale;
- sviluppare l'assistenza sanitaria ai lavoratori e istituire programmi di medicina preventiva dei lavoratori;
- consolidare la partecipazione della comunità organizzata negli obiettivi sanitari.

Proprio per soddisfare queste priorità si dà enfasi alla educazione popolare in salute.

L'educazione sanitaria inizia in modo organizzato già con la grande « Crociata nazionale di alfabetizzazione », che ha visto per cinque mesi più di centomila studenti medi con i loro maestri insegnare a leggere e scrivere ai loro fratelli contadini, condividendone sotto tutti gli aspetti la dura vita quotidiana; l'alfabetizzazione riducendo l'analfabetismo dal 50% al 13% in tutto il paese forma inoltre le premesse necessarie per il lavoro educativo successivo.

« Il proposito della educazione sanitaria in Nicaragua è che le masse popolari comprendano i problemi specifici della comunità e che l'individuo sia capace di conoscere ed interpretare la sua realtà sociale, perché la possa

trasformare (...); è la comunità organizzata che partecipa alla soluzione dei problemi sanitari rilevati e ciò si ripercuote nell'educatore come membro partecipe dei cambi e delle trasformazioni della comunità organizzata » (1).

Ecco che si evidenzia la partecipazione popolare alla iniziativa sanitaria attraverso gli « organismi di massa » formati dopo il trionfo della rivoluzione sandinista come esigenza della popolazione ad organizzarsi. Questi organismi sono libere associazioni di diversi settori della base con rappresentanze fino nel Consiglio di Stato, attuale organo parlamentare (es.: ATC, associazione dei lavoratori del campo; CDS, comitato di difesa sandinista; AMNLAE, associazione delle donne nicaraguensi; JS19 de Julio, gioventù sandinista; etc.).

All'interno di questi organismi si punta alla formazione di *responsabili di salute*, con una base culturale identica al resto della comunità e che vivono nelle stesse condizioni del resto della popolazione, che possano poi fungere da agenti moltiplicatori, oltre che come elemento di coordinazione e unione tra comunità e struttura sanitaria.

Gli stessi rappresentano la popolazione a diversi livelli nei « *Consejos populares de Salud* », come strumento attraverso il quale questa interviene nella gestione della propria salute.

A fianco di un programma permanente di educazione popolare in salute, attuato secondo i principi già esposti, si è lanciata per il 1981 una campagna sanitaria nazionale, le « *Jornadas Populares de Salud* », come progetto congiunto degli organismi di massa e del Ministero della Sanità per l'educazione sanitaria e lo sviluppo di azioni preventive.

La campagna è stata suddivisa in cinque settori di mobilitazione:

- 1) Vaccinazione antipolio,
- 2) Igiene e pulizia,
- 3) Malaria,
- 4) Vaccinazione antirabica canina,
- 5) Vaccinazioni polivalenti.

La formazione dei volontari, che permettono la realizzazione della campagna, si basa a tutti i livelli su due principi metodologici:

- metodologia a tipo seminario;
- processo ad « Effetto moltiplicatore ».

Nel seminario, infatti, si sottolinea l'« imparare facendo », e rappresenta un momento di riflessione ed azione, nel quale si pretende superare la

---

(1) MINSA, Nicaragua, Aportes para el analisis historico de la educaciòn y la participaciòn popular en salud, 1980.

separazione esistente tra teoria e pratica, tra conoscenza e lavoro, tra educazione e realtà vissuta.

Il processo ad « effetto moltiplicatore » garantisce invece, in tappe successive di apprendimento, a cerchi progressivamente più ampi, una capacitazione massiva in breve tempo e con una perdita minima di qualità.

Risultato di questa fase preparatoria di formazione è la disponibilità a livello nazionale di 24.000 « *Brigadistas populares de Salud* », che, coadiuvati da tutti i mezzi di informazione (quotidiani, radio, tv, etc.), dalle strutture sociali locali e per mezzo di materiale divulgativo popolare, non solo riproducono nelle comunità i seminari ricevuti, ma sono gli animatori di ogni mobilitazione.

Nei seminari, oltre a dati strettamente tecnici sulla realizzazione di ogni singola mobilitazione e le nozioni sufficienti per capirne il significato ed il valore, si forniscono ai « *Brigadistas* » alcuni strumenti metodologici per il lavoro educativo.

Si suggeriscono i luoghi ed i momenti: nella scuola, negli istituti, nei CEP (comité educación permanente), in assemblee popolari o riunioni con gli organismi di massa, in circoli di studio, mediante ogni mezzo di comunicazione disponibile (giornali, murali, striscioni, cartelloni, comunicati).

Si pongono i seguenti obiettivi nell'attività del gruppo di lavoro:

- imparare facendo,
- imparare ad insegnare,
- sviluppare la creatività.

Si forniscono alcune indicazioni riguardo alla dinamica di gruppo: coordinazione, direzione della discussione.

Si indica il metodo più appropriato per l'uso del materiale divulgativo distribuito e si suggeriscono altre tecniche di apprendimento (il giornale murale, la produzione comunitaria di manifesti e cartelloni, il sociodramma, giochi, dinamiche, etc.).

Questa prima fase conoscitiva di ogni mobilitazione è seguita, poi, dall'attuazione pratica, che coinvolge tutta la popolazione nella realizzazione del programma, che naturalmente varia con il tema.

Così avremo nelle mobilitazioni di immunoprofilassi, mediante una coordinazione a livello nazionale e locale, il trasferimento in massa fin nelle aree più isolate, di personale medico e paramedico, per la somministrazione di vaccini iniettabili e la partecipazione dei « *brigadistas* » di ogni comunità per quella del vaccino anti-polio orale; questi ultimi hanno precedentemente

curato la sensibilizzazione della popolazione e provveduto a riunirla in un solo luogo (il ché in alcuni casi comporta ore di cammino!).

Nella realizzazione della mobilitazione di igiene e pulizia, la fase di sensibilizzazione è seguita da un generale coinvolgimento della popolazione nella pulizia di case, strade, scuole, possibilmente nella costruzione di latrine, secondo progetti strettamente legati alle esigenze locali.

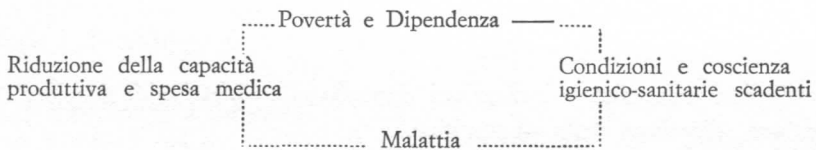
Lo stesso tipo di coinvolgimento si sta ottenendo con finalità simili (eliminazione di acque stagnanti atte alla riproduzione degli insetti vettori) nella mobilitazione anti malaria in corso.

## CONCLUSIONI

L'esperienza nicaraguense fin qui descritta, pur se attraverso un'analisi non del tutto ancora esauriente, ci permette di trarre delle conclusioni di ordine generale.

— Una gran parte della patologia tropicale presente nei paesi del Terzo mondo non dipende dalle condizioni climatiche di questi paesi (che agiscono tutt'al più come fattori favorenti) ma è strettamente legata alla situazione di sottosviluppo, povertà e dipendenza di questi paesi.

— Questa situazione comporta un basso livello di coscienza igienico-sanitaria che a sua volta comporta il perpetuarsi del circolo vizioso:



— L'interruzione di questo circolo vizioso si deve attuare a vari livelli, politico, socio-economico, educativo, sanitario, che interagendo tra loro operano sinergicamente.

— L'educazione sanitaria, sempre correlata alle altre componenti educative, giuoca un ruolo fondamentale nel modificare tale situazione e si pone in questi paesi assolutamente come misura profilattica fondamentale.

— L'educazione sanitaria avrà un effetto tanto più profondo e duraturo, quanto più coinvolgerà l'individuo non come tale, ma come membro della società e della sua comunità, favorendo quindi, da un lato la presa di coscienza individuale e collettiva, e dall'altro stimolando la partecipazione popolare alla risoluzione del problema.

### RIASSUNTO

L'educazione sanitaria, insieme ad alfabetizzazione ed educazione sociopolitica, forma parte di un processo di coscientizzazione che coinvolge allo stesso tempo educatore ed educando nella comprensione e nella successiva trasformazione della realtà, è in grado di modificare quel comportamento igienico-sanitario inadeguato che è alla base di molte malattie del sottosviluppo.

Si illustra, anche sulla base di alcuni importanti indici statistico-sanitari, la grave situazione del Nicaragua.

L'attuale esperienza nicaraguense mostra la possibilità di applicare su larga scala i concetti educativi esposti, basandoli su di una effettiva partecipazione popolare, puntando così decisamente ad un miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e quindi del livello di vita su base nazionale. Si traggono conclusioni di ordine generale nei confronti dei paesi in via di sviluppo.

### SUMMARY

Health education, together with Alphabetization and sociopolitical background, take part in a process of conscientization that, while involving simultaneously the educator and the receiver as parties in the understanding of the logical transformation of reality, it may modify the inadequate hygienic-sanitary behaviour that lies at the basis of several disease of underdevelopment.

The severe situation of Nicaragua is described, important statistical sanitary indexes are given.

According to the Nicaraguan experience the above mentioned educational concepts can be applied on a large scale; better hygienical-sanitary conditions by means of an effective participation of the population would mean better living standards for the country itself.

Conclusions are drawn and may be referred to all developing countries.

### BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Atención de la salud en el contexto del programa del gobierno de reconstrucción nacional de Nicaragua. Documento per la XXVI riunione della OPS (Organización Panamericana de la Salud) Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud nr. 14, sett-dic. 1979.
- Freire P.: *Extensión o comunicación en el medio rural*. Siglo XXI editores B.S.A.S., 1973.
- King M.: *Medical care in developing countries*. Oxford University Press, Nairobi, 1966. (edizione rivista, 1977).
- MINSa, Nicaragua: *Aportes para el analisis historico de la educación y la participación popular en Salud*. Pubblicazioni fuori commercio del Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua, sett. 1980.
- MINSa, Nicaragua: *Logros y limitaciones en salud*. Pubblicazione fuori commercio del Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua, giugno 1980.
- MINSa, Nicaragua: *Jornadas Populares de Salud*. Pubblicazione fuori commercio del Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua, marzo 1981.