

L'educazione e la propaganda sanitaria nella lotta contro le salmonelle

C. VETERE e E. SCOZZARELLA

Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale, Ministero della Sanità, Roma

I problemi generali dell'impostazione delle attività educative e propagandistiche per le salmonellosi non differiscono, fundamentalmente, da quelli propri a tutte le infezioni a ciclo oro-fecale, emersi in modo così drammatico in occasione dell'epidemia di colera.

Ma, a differenza del colera che non ha avuto una disseminazione massiva come infezione inapparente o sub-clinica, le salmonellosi sono rappresentate da una flora batterica presente in una quota rilevante di adulti e di bambini, con un potenziale contagioso per la catena alimentare ben più elevato. Il punto in comune con il colera è, invece, il particolare *pathos* emotivo che si è determinato nell'opinione pubblica a seguito delle epidemie ospedaliere in reparti neo-natali con conseguenze dirette sulla salute pubblica quali:

1) il mancato ricovero in ospedale di bambini necessitanti di terapie intensive a causa del timore da parte dei genitori di un contagio intra-ospedaliero;

2) l'eccesso di antibiotici a largo spettro ed elevata tossicità somministrati a bambini ospedalizzati, individuati come portatori guariti o sani, con prolungamento notevole delle degenze (e relativo rischio di insorgenza della sindrome da ospedalismo) nonché con rischi per il parenchima renale non certo commisurati al pericolo epidemiologico costituito da piccoli infermi spesso in età pre-scolastica e comunque non addetti alla catena alimentare;

3) la stigmata di « untori » attribuita a portatori sani, anche se non inseriti in una catena alimentare.

Sembra, inoltre, che non vi sia una esatta percezione dell'importanza che riveste l'igiene degli allevamenti di bestiame ed in particolare, quella dei

mangimi. Troppo spesso non esiste una cognizione precisa del ruolo che può avere la contaminazione dell'animale e si ritiene che la cottura della carne sia sufficiente. Vi può essere, quindi, una certa trascuratezza da parte dell'allevatore; l'esperienza di altri Paesi mostra poi l'affiorare della tendenza ad impiegare antibiotici a scopo profilattico nel bestiame potenzialmente esposto al rischio di contaminazione salmonellosica, non già come conservativo (il che è proibito da quasi tutte le legislazioni nazionali sugli alimenti e bevande) ma come profilassi della salmonellosi animale. È appena il caso di rilevare il rischio di questa pratica sia per il consumatore allergico ad antibiotici sia per la catena del contagio che potrebbe arricchirsi di ceppi resistenti o di popolazioni batteriche cadute in batteriostasi ma pronte al ritorno a forme vegetative. Pertanto, un primo intervento educativo va rivolto ad allevatori ed agricoltori in generale e riguarda tutto l'insieme delle misure da adottare per l'igiene degli allevamenti. Misure che, come la lotta contro i roditori, il controllo dei cani randagi, la non utilizzazione delle carcasse di animali per l'alimentazione dei cani, la sterilizzazione del mangime sospetto, comportano nuove spese ma si traducono in tangibili benefici anche nei confronti di altre zoonosi.

Altro punto delicato è costituito dai macelli e dai negozi di macelleria; per i primi si tratta di far comprendere agli amministratori l'esigenza di impianti di depurazione delle acque di scolo e la disposizione accurata dei percorsi degli animali, con separazione fra le diverse specie, prevenzione della commistione fra bestiame suino e bovino e lotta accanita contro i roditori e contro l'impiego di frattaglie e dei residui per l'alimentazione di animali domestici, specie di cani. Più importante appare l'opera educativa nei confronti dei macellai: troppo spesso il ceppo ed il mastello sul quale si tagliano i vari pezzi di carne si trasformano in terreni di coltura che contaminano pezzi di carne sana all'origine. È necessario studiare insieme con gli interessati modalità di lavoro che assicurino la suddivisione fra il taglio di carni di diversi animali, con frequente lavaggio delle superfici di taglio ed eventuale impiego di disinfettanti.

In questo caso l'intervento educativo nei confronti di grossisti, macellai e trasportatori si identifica con l'approfondimento di ricerche batteriologiche sulle fonti più comuni di contaminazione delle carni e di altri alimenti. Naturalmente, nei cicli di conversazioni per questi alimentaristi si dovrà abbondare in dimostrazioni pratiche possibilmente al microscopio e si dovranno moltiplicare tutte le iniziative atte a far sì che gli stessi alimentaristi si trasformino da elementi sottoposti — e ben a ragione — a controlli di natura fiscale, ad agenti attivi nel quadro di una continua sorveglianza sanitaria sul ciclo delle carni e di altri alimenti.

Un discorso a parte va fatto per gli addetti alle cucine di locali pubblici e di *self-services*; grosso modo, si tratta di applicare le stesse tecniche dimo-

strative e lo stesso insieme di motivazioni comportamentali. Tuttavia, trattandosi di un punto ancor più rilevante e pericoloso risulta opportuno:

- accertarsi mediante questionari circa l'effettivo apprendimento delle norme di igiene personale;

- completare analogo accertamento mediante la esibizione di vignette relative a momenti della manipolazione e preparazione di alimenti contenenti errori (la cosiddetta caccia all'errore). Meglio ancora se si proiettano queste vignette in diapositive, filmine o video-cassette. L'ideale sarebbe costituito dalla ripresa in TV a circuito chiuso dei partecipanti ai corsi educativi mentre effettuano manipolazioni di alimenti. La successiva visione delle tecniche usate consente di realizzare *de visu* errori, omissioni, false sicurezze anche con l'aiuto dell'intero gruppo. Non sembri questo qualcosa di fantascientifico in quanto ormai lo strumento televisivo a circuito chiuso sta sempre più affermandosi non solo come strumento didattico ma soprattutto per consentire un tipo diverso di educazione permanente e di realizzazione delle dinamiche interne; in questo caso, esso sarebbe prezioso in quanto permetterebbe di realizzare un tipo di educazione programmata, cioè di individuazione spontanea di lacune e sbagli.

Nel campo del personale addetto all'assistenza ospedaliera, appare fondamentale:

- accertare il grado di cognizioni che si hanno circa i rischi di contaminazione delle malattie infettive a trasmissione prevalente oro-fecale, impiegando, ad esempio, scale di gravità (che senza dubbio metteranno in evidenza il « terrore » ingiustificato nei confronti del colera e la scarsa percezione dei rischi relativi al ciclo delle salmonellosi);

- impostare un programma di lotta contro le infezioni crociate ospedaliere con *il contributo principale del personale infermieristico*; in tal modo si effettua una vera azione di educazione sanitaria, intervento globale che deve avere sempre un effetto rafforzativo nell'insieme degli atteggiamenti degli operatori sanitari nei confronti della osservanza « cosciente » delle norme igieniche;

- per il personale addetto alle *nurseries*, ai reparti neo-natali, ecc. è necessario accompagnare l'indispensabile controllo periodico della flora naso-faringea e anale con un'azione di chiarimento ben motivata, atta anche ad evitare ingiustificate assenze, allarmismi ed atteggiamenti di emarginazione. Ma i tamponi non sono una garanzia assoluta ed appare ancor più importante l'educazione igienica e la comprensione del rischio elevato che il neonato ha in un ambiente sempre potenzialmente inquinato da microrganismi antibiotico-resistenti. Anche in questo caso sembra importante effettuare periodiche analisi di eventuali casi di infezione ospedaliera non

già per identificare in senso fiscale il colpevole, ma per ritrovare insieme nuovi modelli operativi che riducano i rischi. È una forma di educazione «in servizio» che va assumendo una importanza crescente e che si identifica anche con una maggiore partecipazione del personale all'analisi del servizio, non già, evidentemente, in senso sterilmente contestativo, ma per mettere a frutto l'esperienza di ognuno e per responsabilizzare tutti in senso attivo. Altrimenti i messaggi educativi vengono portati in un contesto nel quale non circola liberamente l'informazione e si può avere, al limite, una risposta negativa od un comportamento reattivo.

Purtroppo la mancanza di una linea direttiva per la riforma della formazione e delle funzioni del personale paramedico rende sempre più incerta la situazione e quanto mai necessario che si attui una ripartizione di compiti che non costituisca la puntigliosa applicazione di mansionari, ma la ricerca comune di nuovi modelli operativi più funzionali e la realizzazione di ruoli collaborativi attuata mediante il lavoro di gruppo. Anche questa è una premessa per l'efficacia dell'intervento educativo.

Da un punto di vista generale, quanto occorso nei reparti neonatali italiani e di già lamentato anche in quelli più moderni di altri Paesi occidentali ripropone il problema dell'adozione di misure atte ad assicurare la vicinanza del neonato alla madre e quindi la riduzione della custodia nelle *nurseries* a pochi elementi, con conseguente allargamento del cubo medio e diminuite possibilità di contagio. È appena il caso di ricordare come si attribuisca grande importanza alla stretta vicinanza fra madre e figlio nei primissimi giorni di vita e come si discuta in molti Paesi intorno all'opportunità di riorientarsi verso il parto a domicilio. Soluzione questa che non è certamente auspicabile nell'attuale contesto socio-organizzativo italiano, per il quale, invece, si potrebbe prospettare una organizzazione dei reparti neonatali tali da favorire la vicinanza fra neonato e madre (o accanto al letto oppure in locale che separa due camere di degenza per puerpere).

Importante appare anche prevedere un impiego in massa di esami batteriologici fra le gestanti negli ultimi tempi della gravidanza, sia per la identificazione delle portatrici di salmonella, sia per quella delle donne con colonizzazione vaginale di streptococco per una conseguente bonifica. È chiaro che a monte vi deve essere un effettivo contatto fra gestanti ed istituzioni pubbliche, attualmente ridotto ad una percentuale minima e basato su interventi piuttosto formali quando non solo amministrativi. L'impiego sistematico della bonifica antibiotica, una volta che si fosse impostato anche dal punto di vista dei rischi e dei benefici, dovrebbe venire presentato alla gestante a termine in modo da non provocare panico e sentimenti di colpa essendo ben noto quanto sia fondamentale per la stessa eutocia del parto, un atteggiamento sereno della donna. Nello stesso tempo è necessario far di tutto affinché quelle madri individuate come infette non vengano consi-

derate come dei pericoli pubblici per l'intera comunità od ospedale. Siamo tornati, dal punto di vista psico-culturale, alla situazione degli untori e questo è pericoloso non solo per l'instaurazione di corretti rapporti fra le autorità sanitarie responsabili della profilassi ed i cittadini, ma soprattutto per la esatta impostazione della attività preventiva, in quanto esistono altre fonti di contagio ed altre vie di trasmissione che potrebbero venir trascurate a seguito di una concentrazione eccessiva di attenzione sui portatori. L'azione di identificazione e di bonifica nei confronti di questi ultimi è senza dubbio fondamentale, ma ben poco contribuirebbe alla lotta contro la disseminazione delle salmonelle, se non fosse accompagnata da quello insieme di interventi educativi verso gli addetti alla catena alimentare e il personale ospedaliero che abbiamo più sopra indicato.

È comune idea che le tossi-infezioni alimentari si acquisiscano soprattutto consumando cibi in ristoranti e comunque « fuori casa»; apparentemente l'epidemiologia ufficiale dà ragione a questa impressione, in quanto i piccoli episodi domestici si diluiscono in un insieme di affezioni diarroiche che vengono considerate « banali » e non richiamano l'attenzione su di una fonte alimentare comune (semmai si ricerca sempre nell'ambito della famiglia di scaricare la responsabilità su qualcosa consumata « fuori »). Orbene, specie per la patologia infantile e senile un contagio derivante dalle mani sporche della donna di casa può assumere lo stesso rischio di quello che ha luogo in una mensa collettiva. Non vi sono in Italia tradizioni particolari di consumo di cibi carnei crudi o semicrudi (se si eccettuano i famosi antipasti piemontesi), ma l'uso pressoché universale del frigorifero ha creato tutta una nuova serie di pericoli di accrescimento degli enterobatteri, di loro « risveglio » e di lunga latenza. Pertanto, appare fondamentale esaminare a fondo fra epidemiologo ed educatore l'insieme dei processi domestici di conservazione e manipolazione dei cibi per poter impostare una campagna che non si basi solo sulla iterazione del concetto, quanto mai valido ma forse non più sufficiente, della necessità di lavarsi le mani prima di manipolare i cibi. La separazione fra diversi alimenti, la pulizia delle superfici dei mattarelli, i tempi del riscaldamento delle vivande, i problemi della polvere d'uovo ed in generale delle uova, quelli del pollame e delle tecniche di eviscerazione domestica sono tutti aspetti che meritano un approfondimento ed una visualizzazione con sistemi semplici, quali diapositive, filmine, video-cassette anche in questo caso impostate secondo la « caccia degli errori » e prodotte, possibilmente in ambienti che siano familiari alle donne di casa da coinvolgere nell'azione educativa. L'idea che solo le mani degli altri siano contaminanti, mentre quelle delle nostre donne sono « sane » va combattuta non già con irriverenza, ma con semplici dimostrazioni di prelievo e visualizzazioni al microscopio.

Semplici osservazioni come quelle dell'abitudine di bere nello stesso bicchiere dei familiari e di usare le stesse posate mentre fuori casa non lo si farebbe mai, debbono dare l'avvio ad una serie di discussioni sui concetti di « noi e gli altri » che in fondo si riallacciano a comportamenti precisi che hanno notevole importanza nell'atteggiamento verso la diagnosi precoce e la medicina preventiva in generale (« questo non può capitare a me » pensa il forte fumatore quando assiste ad un documentario sui rischi del fumo). Solo in questo tipo di approccio generale può intravedersi una effettiva opera di educazione sanitaria, intervento che, si ripete fino alla noia, trova la sua posizione organica nelle tecniche di sanità pubblica solo se si libera dall'improvvisazione e dalla mentalità tipo decalogo di igiene.

Nella scuola non sono mancate iniziative per la diffusione dei concetti principali sulle infezioni oro-fecali e l'esperienza acquisita va utilizzata per una intensificazione « mirata ». Purtroppo le condizioni dei servizi igienici di gran parte delle scuole non sono tali da consentire uno sviluppo dell'informazione e dell'educazione intorno al corretto comportamento nell'uso dei gabinetti e dei servizi igienici delle comunità.

È appunto questo un problema che interessa tutte le collettività e che, probabilmente, dal punto di vista epidemiologico riveste maggiore importanza per l'epatite infettiva. Ma anche la confezione e la conservazione degli alimenti per la merenda o per la refezione scolastica è quanto mai importante e può costituire un momento educativo nel quadro dell'educazione alimentare.

Da un punto di vista di un « programma nazionale educativo », si può distinguere:

a) Un livello centrale che purtroppo ancora non esiste come struttura tecnica; l'esperienza di altri Paesi dimostra come, pur dovendosi evitare soluzioni di burocratizzazione centralizzatrice della educazione sanitaria, siano necessarie strutture nell'interno dell'amministrazione sanitaria centrale con possibilità di consulenza psico-sociologica, antropologico-culturale e di mezzi di comunicazione di massa. È indifferente che si tratti di un Istituto *ad hoc* o di un servizio; l'importante è che rientri nell'insieme delle strutture decisorie e che stabilisca nei confronti degli altri servizi centrali una continua azione di stimolazione, di raccolta di informazioni. Passando a considerare le esigenze specifiche nel settore delle infezioni a trasmissione oro-fecale si può affermare che:

- è necessario poter effettuare sull'intero territorio indagini periodiche ma soprattutto raccogliere informazioni sulle lacune comportamentali nei confronti dell'igiene personale ed alimentare.

Ogni indagine epidemiologica su episodi di tossi-infezione alimentare dovrebbe essere accompagnata da un rilevamento dei comportamenti e

dello stato di cognizione dei rischi da parte degli alimentaristi, insegnanti, ecc.

In tal modo sarà possibile effettuare un monitoraggio e fare affluire al Centro dati che consentano di « mirare » l'azione educativa, altrimenti routinaria (con il rischio di essere solo esortativa e di non collegarsi con la realtà del Paese;

- sulla base delle informazioni raccolte, si dovrebbero indirizzare alle autorità regionali suggerimenti generali e predisporre materiale informativo-educativo per il personale sanitario, naturalmente in stretta connessione con il centro epidemiologico;

- sempre partendo dal concetto di una unitarietà dei problemi formativi ed orientativi del personale, il Centro potrebbe predisporre materiale audio-visivo per operatori sanitari, insegnanti, addetti alla catena alimentare;

- infine, si dovrebbe stabilire con la TV e la stampa un rapporto continuo che sia in grado di giungere a rapide sdrammatizzazioni, a puntualizzazioni, ecc. Al riguardo il collegamento con il Centro Epidemiologico deve consentire di poter proiettare immediatamente grafici ed altro materiale.

b) Un livello regionale in stretto collegamento con il centro di sorveglianza epidemiologica deve approfondire tutti gli aspetti locali delle caratteristiche di diffusione delle enteroinfezioni e programmare gli interventi di educazione sanitaria, predisponendo anche materiale audio-visivo consono alla situazione locale.

c) Un livello di USL o per il momento di consorzio socio-sanitario dove avviene operativamente l'insieme delle azioni che abbiamo sopra descritto, quali:

- corsi per allevatori ed alimentaristi;
- iniziative concrete nelle scuole (con formazione ad esempio di scolari addetti al controllo della pulizia personale, dei servizi igienici; ecc.);
- iniziative nei confronti delle gestanti.

Per quanto riguarda il personale ospedaliero è bene che sia il livello regionale sia il livello dell'USL abbiano contatto con i dirigenti del personale.

Il quadro che è stato presentato costituisce solo una base di discussione e vuole partire dal concetto dell'unicità dell'intervento educativo e della esigenza di liberarsi dall'atteggiamento semplicistico delle moltiplicazioni di manifesti ed opuscoli. Esso richiede un tipo nuovo di approccio nei confronti della gestione dei servizi sanitari e dei rapporti di « relazione pubblica » e di informazione con i mezzi di comunicazione di massa.