

proponevo di formulare proposte precise per una riforma dei programmi.

Sarebbe compito della ricerca pedagogica, infatti, trasferire quelle prospettive in un linguaggio didattico.

Il bisogno di rinnovare è, tuttavia, largamente avvertito, per cui è inutile tentare qualche esperienza. Ci si trova di fronte ad una situazione assai paradossale che merita d'essere segnalata: mentre la storia tradizionale, con il suo recitativo di avvenimenti ed il suo culto del dettaglio, continua ad appassionare il pubblico ed allarga persino la sua udienza presso gli adulti, l'interesse tende a diminuire nelle aule scolastiche. L'evasione che vi cercano le classi mature non sollecita la gioventù. Questa ha capito che «il territorio dello storico» (per riprendere l'espressione di Le Roy Ladurie) ha allargato i suoi confini.

Questo territorio va ora dal clima alle mentalità, dalla congiuntura economica al tessuto sociale, dall'alimentazione ai miti. Ciò che attira i giovani nella ricerca storica è la dimensione dell'esplorazione, l'aspetto pionieristico di taluni settori della ricerca.

Ora, questa problematica implica il ricorso all'interdisciplinarietà. Per il livello dell'insegnamento secondario, è necessario trovare modalità di collaborazione semplici ancorché diversificate tra le varie scienze sociali. Io ho presentato qualche possibilità di integrazione tra storia nazionale e politica da una parte, e scienza politica dall'altra, considerando la questione generale e l'analisi microsociologica. Si potrebbe fare altrettanto con le altre scienze sociali: demografia, economia e psicologia.

A me sembra, tuttavia, che la ricchezza delle fonti, dei metodi a disposizione e della

letteratura esistente permetta un primo confronto tra storia e scienza politica.

Prof. Roland Ruffieux
Università di Friburgo e Losanna

Bibliografia:

DAALDER HANS: *The Consociational Democracy theme. A Review Article*. World Politics may 1973.
DAHL R.: *L'analisi politica contemporanea*. Bologna 1973 (trad.) *Recent Research on typologies of political regimes and political development* — International Political Science Association — Seventh World Congress Brussel 1967.

ROKKAM S.: and Merrit B. ed.: *Comparing Nations. The Use of Quantitative Data in cross-national Research*. New Haven and London 1966.

SARTORI G.: *Parties and Party system*. New York 1960.

SCHWARZENBERG G.: *Sociologie politique*. Paris 1971.

Tendenze attuali della socializzazione dei giovani e educazione sanitaria nella scuola

del dott. O. Jeanneret, professore alla Facoltà di medicina, direttore dell'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva e del Servizio di sanità della gioventù, Ginevra.

1. Introduzione

a) La letteratura relativa all'educazione sanitaria in generale o nell'ambito scolastico è ricca di informazioni sugli obiettivi, sul contenuto e sulle modalità; per contro, offre raramente un apprezzamento soddisfacente dei beneficiari:

— o esso è schematico e sistematicamente ottimista, com'è il caso della pubblicazione di C.E. Turner¹⁾ che fa autorità in materia al di qua e al di là dell'Atlantico;

— o pecca di genericità e si limita a mettere in risalto l'importanza dei fattori relativi al comportamento, com'è il caso del rapporto: «La ricerca nell'educazione sanitaria» dell'OMS²⁾.

Invece noi siamo convinti che la conoscenza di tutto quanto concerne il comportamento dei beneficiari, i loro atteggiamenti e le loro aspettative, riveste la stessa importanza attribuita agli obiettivi e al contenuto dell'educazione sanitaria, in modo particolare quando si tratta di preadolescenti e di adolescenti.

b) Fra gli specialisti invitati a esporre il loro punto di vista durante questi seminari, mancano, per quanto a noi consta, i sociologi. Da ciò, la nostra decisione di presentare per sommi capi, evitando ogni inutile ermetismo, le caratteristiche della socializzazione dei giovani nel contesto occidentale, in ragione appunto dell'importanza assunta oggi da queste caratteristiche riguardanti gli atteggiamenti, le aspettative e il comportamento dei giovani stessi.

c) È soprattutto durante i dibattiti che si possono conoscere i punti di vista e le pre-

se di posizione riguardo all'educazione sanitaria in generale e, più in particolare, nella scuola. Per contro, è piuttosto raro trovare considerazioni del genere in testi stampati. Ci preme perciò sottolineare, in questa sede, almeno un'eccezione in materia, e più precisamente la relazione del prof. Gunther Ritzel³⁾, presentata a un congresso dell'Accademia svizzera delle scienze mediche e in seguito pubblicata. Grazie a questo precedente autorevole, ci riesce più facile presentare a nostra volta un modo di vedere relativamente critico, soprattutto nei confronti dell'ottimismo sistematico di numerose pubblicazioni, sul quale avremo modo di tornare nelle conclusioni.

d) Il piano di questa relazione comprende:

— in una prima parte, le definizioni dell'educazione sanitaria, gli obiettivi dell'educazione sanitaria nella scuola e alcune definizioni della socializzazione;

— in una seconda parte, illustreremo le caratteristiche attuali dei processi di socializzazione dei giovani completandole con la descrizione, inevitabilmente schematica, delle loro ripercussioni nella realtà;

— da ultimo, cercheremo di trarre da queste considerazioni quegli insegnamenti che, a nostro parere, i responsabili dell'educazione sanitaria nella scuola non possono ormai più ignorare, se desiderano che il loro messaggio sia ricevuto dai beneficiari.

2. Definizioni e obiettivi

Esistono parecchie definizioni dell'educazione sanitaria in generale; pensiamo valga la pena di confrontarle. Nel rapporto di un gruppo scientifico dell'OMS, riunito nel 1968²⁾, si legge quanto segue:

«Il termine 'educazione sanitaria' implica parecchie nozioni...: nel suo significato

più ampio, esso si applica all'effetto di tutte le situazioni che, nella vita di un individuo, di un gruppo o di una collettività, possono modificare le credenze, l'atteggiamento e il comportamento riguardo ai problemi della sanità, o al mezzo atto a provocare quei cambiamenti di comportamento che permettono agli individui di accedere al livello ottimale di sanità. Questa concezione molto ampia dell'educazione sanitaria poggia sull'idea che molte esperienze vissute, siano esse positive o negative, hanno delle ripercussioni su ciò che l'uomo, preso individualmente o in gruppo, pensa o sente nei confronti della sanità e sul suo comportamento in materia, senza escludere le situazioni che non godono di una vera e propria azione sanitaria. Con significato più ristretto, il termine educazione sanitaria designa generalmente l'insieme delle misure prese in modo sistematico per suscitare o per favorire delle esperienze le quali, per il momento in cui avvengono, per la loro forma e il loro contesto, incitano un individuo, un gruppo o una collettività ad acquisire conoscenze e ad assumere atteggiamenti o comportamenti tali da portarli a un livello ottimale di sanità».

Queste due definizioni concentriche, minuziose e complete, contrastano con la definizione tradizionale, più semplice, addirittura rudimentale, di Turner¹⁾, ripresa del resto dalla Conferenza internazionale dell'istruzione pubblica⁴⁾:

«L'insieme delle esperienze che contribuiscono a inculcare all'individuo delle buone abitudini, delle conoscenze solide e un atteggiamento illuminato in materia di sanità individuale, familiare e collettiva».

Passiamo ora all'educazione sanitaria nella scuola e vediamo le definizioni, le delimitazioni e gli obiettivi.

Per Turner¹⁾, l'educazione sanitaria nella scuola:

«...designa le esperienze istruttive in materia di sanità derivanti dalla vita nella scuola e dagli sforzi del personale scolastico».

Lo stesso autore insiste sulla necessità di integrare l'educazione sanitaria nel programma di sanità scolastica, che egli definisce nei seguenti termini:

«...l'insieme di tutte le attività svolte in seno a un sistema scolastico, nell'interesse della sanità, cui vanno aggiunti al di fuori

dell'insegnamento sanitario propriamente detto:

- una vita scolastica sana,
- dei servizi di sanità scolastica attivi,
- relazioni fra scuola, famiglia e collettività tali da permettere un coordinamento di tutte le attività che tendono a un miglioramento della sanità».

Non si insisterà mai abbastanza sull'importanza cardinale di questa integrazione dell'insegnamento nell'insieme di un programma di sanità scolastica, nozione considerata ancora come tipicamente anglosassone e che invece avremmo ogni interesse a fare nostra, per evitare di cadere nella semplificazione concettuale del tipo: educazione per la sanità nella scuola = trasmissione di nozioni insegnate, che è punto di vista non infrequente da noi, specialmente negli uomini di scuola.

Da parte nostra, abbiamo cercato di definire come segue gli obiettivi perseguiti dall'educazione sanitaria nella scuola⁶⁵:

1. favorire l'acquisizione di abitudini suscettibili di mantenere l'equilibrio fisico e mentale dell'individuo, soprattutto quando egli è seriamente sottoposto alle sollecitazioni e alle aggressioni della vita di un centro urbano;
2. prevenire l'acquisizione di abitudini in parte responsabili di molte malattie dette della civiltà moderna (cancro bronchiale, affezioni delle coronarie, ulceri dello stomaco e del duodeno, vari tipi di nevrosi ecc.);
3. coltivare in modo sufficiente il dubbio scientifico per permettere a ognuno di rigettare le innumerevoli credenze popolari in materia di sanità, di origine ancestrale e di carattere spesso magico, o per lo meno infantile;
4. rischiarare le opinioni dell'allievo in quanto futuro cittadino che, un giorno, sarà chiamato a pronunciarsi su progetti concernenti la sanità pubblica: vaccinazioni, sistemazione del territorio, risanamenti ecc. ».

Abbiamo così tracciato nelle sue grandi linee il quadro concettuale dell'educazione sanitaria nella scuola. Ci asterremo invece, per non scostarci dall'oggetto della nostra relazione, dal diffonderci sulle difficoltà che si possono incontrare nella pratica, sia nell'introduzione dell'insegnamento sanitario nella scuola, sia nella formazione degli insegnanti, sia infine nell'adattamento del contenuto agli obiettivi. Altri oratori se ne incaricheranno nel corso di questo seminario. Vorrei tuttavia segnalare a questo proposito l'eccellente contributo di W. Canziani nell'annuario 1971 della Nuova Società Elvetica e intitolato molto semplicemente: «Gesundheitserziehung in der Schule»⁶⁶. Prima di procedere oltre, fissiamo nella memoria un principio essenziale per la comprensione del seguito: la scuola non è che una delle fonti dell'educazione sanitaria poiché di questa se ne incaricano pure la famiglia, le organizzazioni per i giovani, i gruppi di giovani, i «mass media». Vedremo, del resto, tra poco quale importanza sia da attribuire a questa molteplicità di fonti.

Per **socializzazione** non intendiamo qui, come nella lingua corrente, il fatto di sviluppare delle relazioni sociali o di formare un gruppo sociale in società; e nemmeno il fatto di porre sotto un regime comunitario

o collettivo (secondo le definizioni del «Dictionnaire de la langue française» di Robert).

Sono i quattro sociologi **Arnold, Bassant, Crettaz e Kellerhals** che hanno formulato la definizione sintetica che meglio fa al nostro caso⁶⁷:

«Per processo di socializzazione noi intendiamo l'insieme dei fenomeni sociali che assicurano l'inserimento psicologico e sociale dei giovani nella società globale».

La definizione di **L. Rosenmayr**⁶⁸ completa opportunamente la precedente:

«La socializzazione è un processo di apprendimento e di identificazione che favorisce l'acquisizione di motivazioni, di aspettative («expectations») e di aspirazioni».

Lo stesso autore precisa poi il significato di «aspirazioni» in questo contesto: sono per lui «i mezzi che permettono di individuare e di scegliere le possibilità offerte dalla società nelle sue varie strutture e istituzioni. Così, le aspirazioni acquisite da una parte, e le possibilità offerte dalle strutture sociali dall'altra, generano il campo di tensione nel

quale si sviluppa... il problema delle generazioni»⁶⁹.

3. Tendenze attuali della socializzazione dei giovani

Tutti gli osservatori attuali della società, dai teologi ai giornalisti, concordano nell'ammettere che oggi esistono falle preoccupanti nella trasmissione delle norme e dei valori da una generazione all'altra, ciò anche per il fatto che norme e valori sono essi pure in piena evoluzione.

In collaborazione con il collega **Jean Kellerhals**⁷⁰, ci siamo chiesti quali possano essere le difficoltà che i giovani incontrano nel loro processo di socializzazione. A nostro giudizio, esse sono principalmente (figura 1):

- in primo luogo la discordanza, fra le varie fonti di socializzazione, dei valori trasmessi,
- poi, la frammentarietà delle fonti,
- infine, la caducità di queste fonti dovuta all'accelerazione delle mutazioni sociali.



Fig. 1 Riassunto delle caratteristiche dei processi di socializzazione dell'adolescente e loro ripercussione immediata.

A rendere la situazione dell'adolescente ancora più complicata, viene ad aggiungersi quella che abbiamo definita l'**asincronia delle «entrate» nella vita adulta** (figura 2), causa di grandi difficoltà per i giovani desiderosi di giungere a una visione coerente e unitaria di se stessi.

In realtà, non si tratta di un fenomeno nuovo, ma è opportuno insistere sul fatto che esso è sentito in modo assai più drammatico che nel passato dagli interessati.

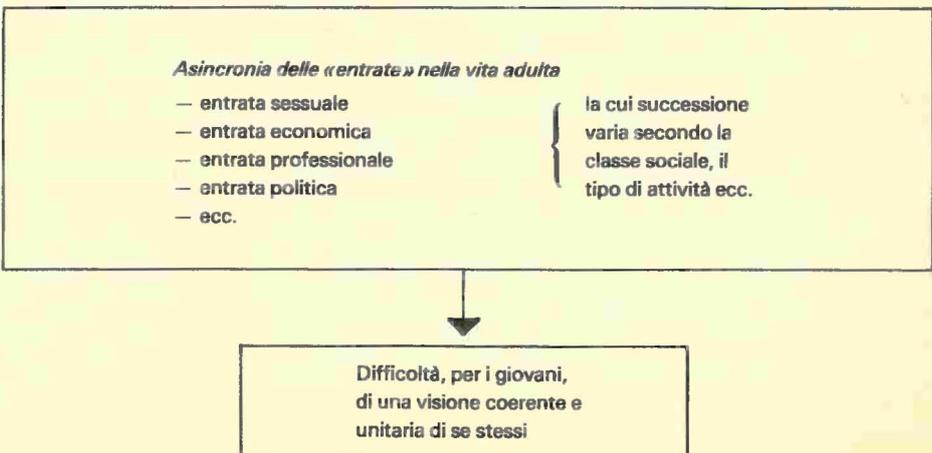


Fig. 2 Distribuzione e successione delle «entrate» nella vita adulta e loro ripercussione immediata.

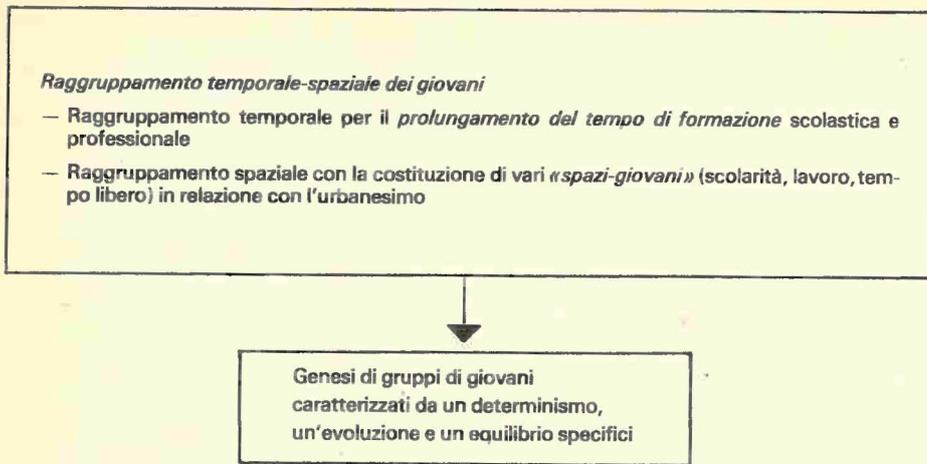


Fig. 3 Caratteristiche principali di raggruppamento di giovani e loro ripercussione immediata.

Il raggruppamento temporale-spaziale (figura 3) porta alla creazione di gruppi di giovani che, lungi dall'essersi modellati in un unico stampo, si rivelano in possesso di un determinismo, di un'evoluzione e di un equilibrio specifici.

Dopo aver considerato gli aspetti di questo trittico, vediamo ora le due conseguenze maggiori (figura 4):

dapprima una **tendenza al marginalismo** da parte di un numero sempre crescente di giovani (anche se ammettiamo volentieri che essa non concerne tuttora che una mi-

noranza); poi, l'elaborazione di quella che vien definita ormai comunemente una «**morale-giovani**», la quale sembra porre l'accento sulla creatività, sul gusto della partecipazione e sulla ricerca di nuovi sensi**). Si potrebbe inoltre aggiungere la valorizzazione del gruppo, come conseguenza immediata del marginalismo⁷). Passando dal piano delle idee a quella delle conseguenze nella realtà, troviamo (figura 4 — parte inferiore) tutta una serie di fenomeni che rivestono un'indubbia importanza nell'ambito dell'educazione sanitaria.

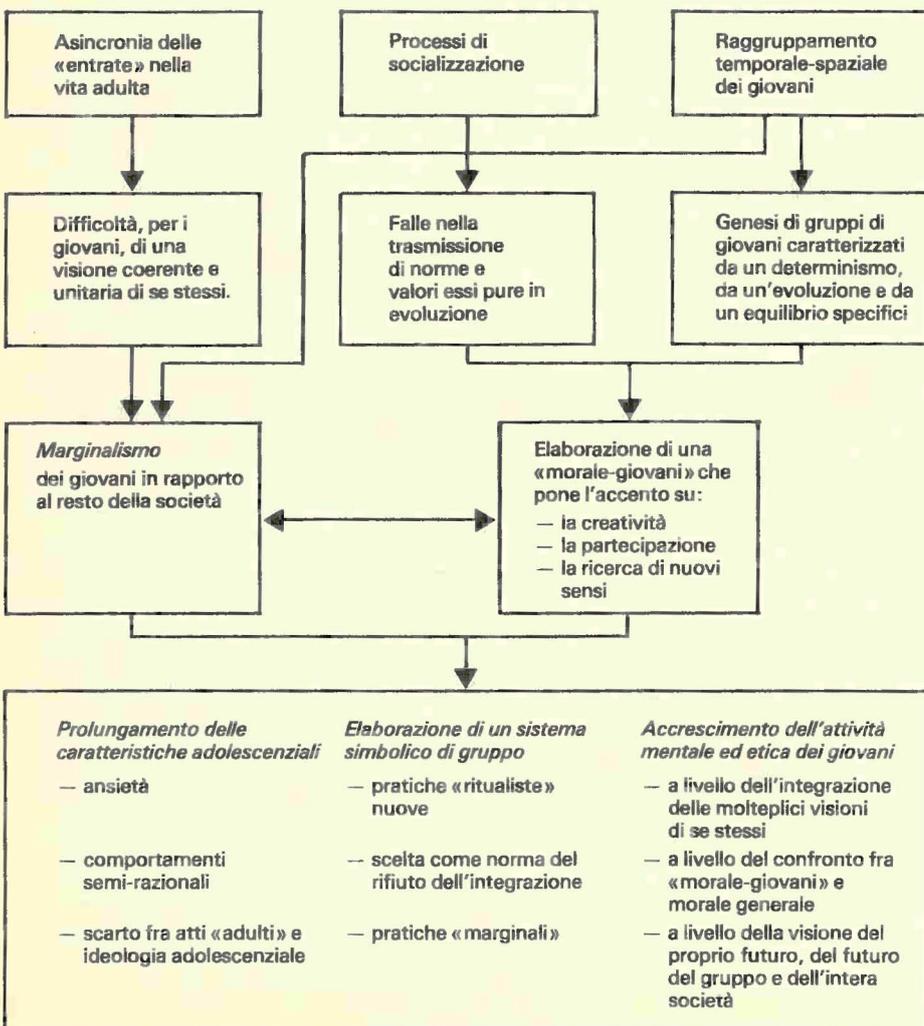


Fig. 4 Interpenetrazioni e ripercussioni multiple dei fenomeni sociologici caratteristici dell'adolescenza.

Ne elenchiamo qualcuno:

a) la **persistenza prolungata dei comportamenti semi-razionali** può, per esempio, spiegare la contraddizione fra certe conoscenze perfettamente acquisite e un comportamento in aperta contraddizione con esse: pensiamo in particolare alle adolescenti che si astengono dal ricorrere ai mezzi anticoncezionali, pur conoscendoli perfettamente;

b) quanto allo **scarto fra atti adulti e ideologia adolescenziale**, il caso più noto è probabilmente quello dei rapporti sessuali precoci con tutte le ripercussioni psicologiche e mediche (gravidanze involontarie, malattie veneree) ben note;

c) alle **pratiche ritualiste** assai conosciute dagli studenti e dagli apprendisti di un tempo (bevute, ecc.) succede ora l'uso o l'abuso delle droghe e dei medicinali, il cui impiego tende del resto ad assumere forme rituali;

d) se il **rifiuto dell'integrazione** è scelto come norma, risulta evidente che tutta una serie di abitudini acquisite fin da bambino saranno facilmente buttate a mare (abitudini relative al sonno, all'alimentazione, all'igiene personale ecc.);

e) gli uomini di scuola sanno quanto noi, se non meglio di noi, come l'**accrescimento dell'attività mentale e etica** dei giovani li porti sovente a una visione particolarmente critica delle intenzioni della società e della duplicità del ruolo degli adulti***).

È sempre in questa prospettiva che i giovani, fin dalla preadolescenza, esigono dai loro insegnanti una presa di posizione etica, o morale, alla quale tuttavia molti si sottraggono col pretesto del dubbio scientifico o con quello della distinzione, difficilmente ammissibile per i giovani, della conoscenza da una parte e delle scelte etiche e morali dall'altra. Del resto, questo fenomeno non caratterizza solo gli adolescenti ma lo si riscontra per esempio negli studenti di medicina, ormai giovani adulti. Così, anche senza tener conto dei rischi inerenti all'uso endovenoso di droghe, il **modo di vivere degli emarginati** può condurre — l'esperienza lo ha confermato — dapprima a una recrudescenza del numero delle malattie infettive, di natura parassitaria, microbologica o virale, poi a effetti possibili sulla generazione seguente, sia per via cromosomica (LSD 25), sia per altre vie di trasmissione le cui conseguenze non sono tuttora sufficientemente conosciute, anzi nemmeno sospettate, e infine a un ricorso eccezionale alle cure mediche, sia pure generalmente in casi di estrema urgenza, altro sintomo del rigetto di qualsiasi idea di prevenzione.

Mi si potrebbe obiettare che sto tracciando un quadro fin troppo nero di una situazione che, almeno nel nostro paese, non dovrebbe concernere che una piccolissima minoranza di giovani!

Pur accettando questa messa a punto, cerchiamo allora di vedere quello che capita presso i «meno emarginati» e i non emarginati.

Ci sembra (ma ancora una volta dovremo essere volutamente schematici) che presso la maggior parte dei giovani si riscontra:

— la stessa critica fondamentale della società, con tutte le manipolazioni che ne derivano: a proposito, l'educazione sa-



nitaria non è forse, per eccellenza, un'emancipazione del sistema, dunque qualcosa da rifiutare con tutto il resto?

- una tendenza a riversare sugli altri, nella fattispecie sulla società, la responsabilità di tutta una serie di mali, ciò che permette ai giovani (e fors'anche ai meno giovani) di disculparsi;
- infine, l'accettazione, di proposito, di certi rischi, veri attentati alla propria sanità, legati a pratiche personali giustificate da un'etica del piacere, accettazione resa più facile dal fatto che il rischio è visto come un evento distante.

Ci sarebbero poi altre implicazioni relative all'educazione sanitaria da recensire e da analizzare; ma è tempo di passare alle conclusioni.

4. Conclusioni

Se si è disposti ad accettare la realtà e l'importanza di tutto quanto precede, si deve nel contempo ammettere la necessità di una revisione fondamentale dell'educazione sanitaria: noi ci limiteremo qui a considerarne gli obiettivi e la strategia. Vediamo dapprima sul piano degli obiettivi, in che cosa potrebbe consistere questa revisione.

a) si tratta, per prima cosa, di moderare l'ottimismo ancora prevalente, al quale già abbiamo fatto allusione a proposito della sequenza:

aumento della conoscenza
modifica degli atteggiamenti
acquisizione di nuove abitudini

sequenza considerata appannaggio dei giovani piuttosto che degli adulti, ritenuti generalmente già troppo «cristallizzati»;

b) ammettere che a un buon numero di abitudini responsabili di numerose malattie della nostra civiltà è legato il principio del piacere che prevale largamente nella «morale-giovani» attuale: ora, è veramente compito degli educatori sanitari imporsi come riformatori?

c) accettare l'idea che alle conoscenze e alle abitudini ancestrali perniciose, e quindi da modificare, stanno sostituendosi presso molti giovani nozioni e abitudini pure assai

poco ortodosse — a giudizio del vero educatore sanitario — di cui non si misurano ancora né tutte le ripercussioni possibili né la loro durata;

d) ricordarsi che fra lo stadio in cui l'allievo comincia ad afferrare la nozione di interesse comune, quindi, per esempio, di sanità pubblica e lo stadio in cui, adulto, si pronuncerà in qualità di cittadino maturo su progetti per esempio di risanamento, corre una fase evolutiva sempre più lunga durante la quale tutto può sembrare compromesso poiché tutto vien rimesso in questione!

In queste condizioni, quali possibilità si offrono sul piano della strategia? Ecco alcune proposte, senza la pretesa che esse possano costituire un insieme esauriente:

1. Intervenire preferibilmente presso il bambino ancora piccolo, in virtù di una facile constatazione così riassunta da Turner): «è talvolta più difficile mantenere un'abitudine in un bambino già cresciuto che inculcarla a un bambino ancora piccolo». E ciò malgrado gli inconvenienti ben noti, legati all'eterogeneità degli allievi in seno a ogni classe, soprattutto riguardo alla loro diversa maturità psicoaffettiva.

2. Sapere che offrendo unicamente delle conoscenze neutre sul piano affettivo ed etico, si offrirà bensì una scelta, ma che il gusto e il bisogno di sperimentare porteranno con uguale frequenza sia alla scelta definitiva negativa sia alla scelta positiva che, sola, «gratificherà» l'educatore sanitario.

3. Utilizzare ciò che abbiamo chiamato l'accrescimento dell'attività mentale ed etica dei giovani per sottolineare l'importanza — e incoraggiare la critica — di certi concetti fatalisti quali:

- l'inuguaglianza di fronte alla malattia e alla morte
- la depreazione definitiva e irreversibile della natura
- gli attentati sistematici dell'urbanesimo alla nostra sanità, non compensati da sufficienti vantaggi, fra i quali per esempio un numero accresciuto di prestazioni medico-sociali.

4. Infine, ammettere l'idea che, in questo campo, la ricerca è stata stranamente negletta, per una mancanza che le scarse possibilità di quantificazione non possono spiegare che in modo imperfetto. Per esempio, chi mai si è chiesto con quale atteggiamento i giovani hanno ricorso alle istanze mediche nella collettività a scopo di prevenzione, di diagnosi o di trattamento? Oppure, quale fonte ha dettato la loro scelta? O, ancora, in quale misura il loro grado di emarginazione ha influenzato o influenza questa scelta?

Siamo convinti che i responsabili dell'insegnamento sanitario nella scuola sono profondamente coscienti del significato del loro messaggio, sia per l'avvenire di numerose generazioni sia per quello della sanità pubblica a tutti i livelli collettivi: locale, regionale o nazionale. In questo contesto, una domanda ci sembra fondamentale: sono perciò disposti a tener conto non solo degli imperativi pedagogici e psicologici, che di solito conoscono a fondo, ma altresì degli imperativi di ordine sociologico sui quali si è creduto utile di attirare la loro attenzione?

5. Riassunto

1. L'insegnamento dato agli allievi in questo settore è un elemento essenziale dell'educazione sanitaria nell'ambito scolastico, ma non è il solo: infatti l'organizzazione di una vita scolastica rispondente alle esigenze della sanità e le prestazioni efficaci di un servizio di sanità ne costituiscono due elementi altrettanto essenziali.

2. Nella misura in cui questa educazione, partendo dalla trasmissione di nozioni e conoscenze, mira a modificare atteggiamenti e abitudini nei suoi beneficiari, è evidente che i fenomeni psico-sociologici legati alla socializzazione della gioventù, e le loro possibili ripercussioni, devono essere conosciuti e considerati seriamente da tutti i responsabili di questa educazione. Ora, la socializzazione di un giovane non avviene più, soprattutto nei centri urbani, come 20 o addirittura 10 anni fa. Gli schemi che precedono dovrebbero offrire una veduta globale di questi fenomeni e delle loro ripercussioni, pur nella inevitabile semplificazione di una realtà assai complessa e mutevole e spesso ricca di contraddizioni.

3. Pur rinunciando a trattare di tutte le implicazioni sul sistema pedagogico nel suo insieme, cosa che del resto esula dalle nostre competenze, vorremmo suggerire ai «pedagoghi della sanità», qualunque siano la loro formazione e le loro qualifiche, di tener conto di queste implicazioni procedendo alla messa a punto dei loro obiettivi e della loro strategia. A questo proposito, dobbiamo riconoscere che il loro compito è reso particolarmente difficile dall'impossibilità di conoscere e di valutare al presente tutte le conseguenze delle difficoltà della socializzazione dei giovani sul loro stato di sanità attuale e soprattutto futuro.

Bibliografia

- 1) Turner C.E. — L'éducation sanitaire à l'école. Paris, Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture et Institut pédagogique africain et malgache, 1966.
- 2) OMS — La recherche en éducation sanitaire — Rapport d'un groupe scientifique. Org. Mond. Santé, Ser. rapp. tech. No. 432, 1969.
- 3) Ritzel G. — Zur Problematik des Gesundheitserziehung in Schule und Haus. Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 27, 1970.
- 4) Conférence internationale de l'instruction publique. Recommandation No. 63 aux Ministères de l'instruction publique concernant l'éducation sanitaire dans les écoles primaires. Bureau international d'éducation, Genève, et Unesco, Paris, 1967.
- 5) Jeanneret O. — The process of socialization in adolescents: its implication for health education. Internat. J. Health Educ. 13, 1970.
- 6) Canziani W. — Gesundheitserziehung in der Schule. In: Pour une politique de la santé. Annuaire de la Nouvelle société helvétique, 42, 1971.
- 7) Arnold P., Bassant M., Cretz B. et Kellerhals J. — Jeunesse et société. Lausanne, Payot, 1971.
- 8) Rosenmayr L. — New theoretical approaches to the sociological study of young people. Int. Soc. Sci. J. 24, 1972.

* Professore supplente alla Facoltà di scienze economiche e sociali dell'Università di Ginevra e consulente presso l'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva.

** Sul significato particolare del termine *sensu* ci riferiamo ancora al Dictionnaire di Robert: «... Idea intelligibile che serve a spiegare, a giustificare la propria esistenza. Es.: il senso della vita, dell'universo, dei nostri atti». (N.d.T.)

*** Quanti educatori sanitari dovrebbero ripetere ogni giorno ai loro allievi: «Fate quello che vi dico e non quello che faccio!».