

OBIETTIVOSANITA

L'aggiornamento continuo dell'Operatore Sanitario

Medicina e assistenza sanitaria multi-etnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse

Modulo 4: Il SSN al confronto internazionale

Autori: Dr **Simone Rasetti**, giornalista ed esperto in comunicazione

Dr.ssa **Eleonora Zanella**, infermiera operante nell'ambito dell'assistenza infermieristica diretta alla persona e consulente in ambito di formazione, in possesso di laurea magistrale in infermieristica e master professionale.

Responsabile scientifico: Dr **Andrea Vettori**, Esperto in Clinical Governance

Sanitanova è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM (accreditamento n. 12 del 10/06/2010) a fornire programmi di formazione continua per tutte le professioni.

Sanitanova si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Inizio evento: 5/4/2012; ID evento: 12-29312

Keywords: benchmark, LEA, Fondo sanitario nazionale

Obiettivi del modulo didattico

Al termine del modulo didattico, il lettore dovrebbe essere in grado di:

- **comprendere** i sistemi sanitari dei Paesi di provenienza degli immigrati;
- **stimolare** una riflessione sulla diversità dei concetti di salute e sanità.

In questo modulo e nel prossimo cercheremo di analizzare i sistemi sanitari degli stranieri che vengono in Italia, per cercare di capire insieme il "punto di partenza" dei migranti quando approdano nel nostro Paese:

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multi-etnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse – Modulo 4

capendo cosa si lasciano alle spalle, infatti, potremo comprendere meglio come approcciarci con loro, assisterli e curarli. Contemporaneamente studieremo – per i non cattolici – la loro religione e come questa possa influenzare i loro atteggiamenti, giudizi e a volte pregiudizi. Faremo quindi una carrellata delle nazionalità più presenti sul nostro territorio, dividendoli in due gruppi: da una parte quelli di cultura cristiana con l’aggiunta della Cina, dall’altra quelli di cultura araba. Questo perché – come vedremo – la discriminante religiosa ha un peso non secondario. Un’altra precisazione: questo modulo partirà con un breve inquadramento del Sistema sanitario italiano – per molti forse pleonastico – che servirà per un migliore confronto. La molteplicità dei pensieri relativi al concetto di malattia nelle diverse culture risulta indubbiamente un elemento determinante il vivere l’esperienza di malattia stessa e, di conseguenza, per chi cura e assiste, la modalità e l’approccio nella presa in carico.

Premessa

Cosa si intende per salute? L’Organizzazione Mondiale della Sanità la definiva, lo abbiamo già detto, come lo “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia”. Questo principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, di modificare tramite opportune alleanze quei fattori che influiscono negativamente sulla salute collettiva, promuovendo al contempo quelli favorevoli. Tale definizione ha certamente un carattere “utopistico” in quanto descrive una situazione di completa soddisfazione e felicità difficile da raggiungere, ma costituisce un punto di riferimento verso il quale orientare i propri sforzi. L’unica visione alternativa a questa impostazione viene dalla Banca mondiale, che in seguito alle prime crisi petrolifere (1973 e 1979) suggerisce un approccio più realistico e meno universalista, ma soprattutto meno garantista, in particolare per i Paesi in via di sviluppo; nel 1987 emana una linea direttiva in tema di politica sanitaria che suggerisce di introdurre presso le strutture sanitarie pubbliche una forma di partecipazione alla spesa da parte degli utenti, promuovere programmi assicurativi, favorire la privatizzazione dei servizi sanitari; decentralizzare il governo della sanità.

In Europa troviamo due diversi modelli:

- il modello britannico, considerato “universalistico puro”, che offre assistenza sanitaria gratuita a tutti gli abitanti del Regno (primo soccorso, degenza ospedaliera a breve e lungo termine, servizi di medicina specialistica); a esso si sono ispirati molti Paesi europei, compresa l’Italia con la sua riforma sanitaria del 1978;
- il modello tedesco o “misto”, che combina alcuni aspetti dell’universalismo (per le grandi prestazioni) a integrazioni su base assicurativo-mutualistica.

Quadro generale

Dal 1980 a oggi, l’aspettativa di vita alla nascita, nei paesi dell’Unione Europea, è aumentata di 6 anni, raggiungendo i 78 anni nel 2007. La più alta aspettativa di vita alla nascita per le donne spetta alla Francia (84,4 anni), per gli uomini alla Svezia (78,8 anni), mentre quella più bassa si registra per le donne in Romania (76,2 anni) e per gli uomini in Lituania (65,1). In molti Paesi europei, è grande la preoccupazione per la carenza di medici. Il loro numero pro-capite varia sensibilmente e raggiunge il valore minimo in Turchia, Polonia e Romania. In media, nella regione europea, il numero dei medici è però cresciuto, passando da 3 ogni 1000 persone nel 2000 a 3,3 nel 2008. Diversa la situazione di Italia e Francia, dove il

numero dei medici dal 2000 a oggi non è aumentato. Anzi, in Italia il numero di medici pro-capite è in calo dal 2002, anno in cui il numero di studenti ammessi alla facoltà di medicina è stato ridotto.

Preoccupazione anche per quanto riguarda gli infermieri, che hanno un ruolo sempre più importante non solo per le cure negli ospedali, ma anche per l'assistenza a domicilio ai malati cronici. Nel 2008 il numero d'infermieri in Europa variava da un massimo di 15 ogni mille abitanti in Finlandia, Islanda, Irlanda e Svizzera, a un minimo di meno di 5 in Grecia, Bulgaria e Cipro.

Le spese sanitarie poi sono aumentate in tutta Europa, spesso a un tasso più rapido della crescita economica. Nel 2008 i Paesi in esame hanno speso in media l'8,3% del loro Prodotto interno lordo (PIL) nella sanità, una percentuale decisamente maggiore rispetto a quella del 1998 (7,3%). Il PIL investito in sanità varia però considerevolmente a seconda dei Paesi e ha un *range* che va dal 6% di Cipro e Romania, al 10% di Francia, Germania, Svizzera e Austria. Ancora molto basse le percentuali dei finanziamenti destinati alla prevenzione.

Il sistema italiano

Nell'ordinamento italiano, il Servizio Sanitario Nazionale è il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte dai servizi sanitari regionali, dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato, volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. È un sistema pubblico di carattere universalistico che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, finanziato attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette, percepite dalle aziende sanitarie locali e derivanti dai ticket sanitari (cioè delle quote con cui l'assistito contribuisce alle spese) e dalle prestazioni a pagamento. Attraverso di esso viene data attuazione all'art. 32 della Costituzione che sancisce il diritto alla salute di tutti gli individui. Secondo una ricerca dell'Oms, risalente al 2000, l'Italia aveva il secondo sistema sanitario migliore del mondo in termini di efficienza di spesa e accesso alle cure pubbliche per i cittadini, dopo la Francia. In Italia, prima dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, il sistema era basato su numerosi enti mutualistici (o casse mutue). Ciascun ente era competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, erano obbligatoriamente iscritti allo stesso e, in questo modo, fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino ma all'essere lavoratore (o suo familiare) con conseguenti casi di mancata copertura; vi erano, inoltre, sperequazioni tra gli stessi assistiti, vista la disomogeneità delle prestazioni assicurate dalle varie casse mutue.

Il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale trova le proprie fonti in:

- entrate proprie convenzionali e ricavi delle aziende sanitarie;
- compartecipazione da parte delle regioni a statuto speciale;
- Irap, Imposta Regionale Attività Produttive;
- Irpef, Imposte di Reddito sulle Persone Fisiche.

Il 97,95% delle risorse stanziare viene dedicato a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero i servizi e le prestazioni standard che il Servizio Sanitario deve assicurare ad ogni cittadino, in maniera gratuita o

compartecipata attraverso le risorse acquisite con il sistema fiscale. I LEA sono ridistribuiti a loro volta destinando il:

- 5% alla prevenzione verso la collettività e il singolo
- 45% all'assistenza ospedaliera
- 50% ai distretti presenti sul territorio

Tra le Regioni e le Province autonome, i LEA vengono ripartiti per quota capitaria differenziata pesata, ovvero secondo alcuni criteri che prendono in considerazione l'età, il sesso, il livello di assistenza riguardanti i cittadini residenti, i tassi di mortalità, gli indicatori territoriali epidemiologici. Ciascuna realtà viene finanziata dalla regione di appartenenza con il Fondo Sanitario Regionale attraverso la quota capitaria. Per livelli assistenziali superiori a quelli previsti dal Piano Sanitario Nazionale, ogni Regione deve impiegare proprie risorse con le quali si dovranno andare a coprire anche eventuali disavanzi sanitari di gestione delle aziende.

I sistemi di finanziamento si differenziano tra Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, infatti.

Nelle Asl:

- finanziamento a funzione, per costi di attività particolari
- quota capitaria

Nelle AO

- finanziamento a prestazione, per prestazioni ospedaliere e specialistiche
- finanziamento a funzione
- entrate proprie

Il concetto di malattia nelle diverse culture

L'Italia si è trasformata da Paese di emigranti a luogo di approdo per immigrati provenienti dai Paesi poveri del Pianeta. Queste persone giungono in Italia con tutto il peso della loro sofferenza e con un grande bisogno di aiuto. Gli immigrati quando arrivano e chiedono di essere curati sanno bene cosa chiedere alla medicina occidentale; questo perché il modello occidentale è esportato in tutto il mondo e di conseguenza si aspettano che i loro bisogni vengano soddisfatti con risposte diversificate che tengano conto anche della loro cultura di provenienza. Il loro arrivo ha modificato il tessuto sociale e la domanda di salute sviluppando una società multietnica e multiculturale. Una professione sanitaria, quando è in sintonia con i tempi, deve tener conto di ciò che cambia nel tessuto sociale per il quale lavora. I professionisti sanitari hanno quindi una posizione d'impegno nel cambiamento del rapporto con chi si rivolge al Servizio Sanitario, anche con i così detti 'fuori cultura'. L'impegno è vincolato dal tipo di professione, dalla natura relazionale ed educativa della funzione assistenziale. In questo senso, la professione infermieristica è chiamata a rispondere in prima "figura", perché l'infermiere è il professionista sanitario che ha contatti più frequenti con il malato nel corso della giornata e garantisce per questo una assistenza continua nel tempo, divenendo così l'operatore sanitario più accessibile e disponibile. Ad esso è affidata la qualità della vita della persona assistita durante

la degenza o del periodo di sofferenza di un individuo al suo domicilio. L'infermiere d'assistenza ha il privilegio di avere la maggiore diversificazione del livello relazionale con la persona che assiste : è il rapporto con il corpo, con il dolore, con la speranza, con la morte, con il cordoglio. Ogni persona relaziona in modo diverso e peculiare con la condizione del dolore, della sofferenza e della speranza che si trova a esperire ed è da questa diversità e peculiarità che si evidenzia il contrasto profondo tra questa realtà della condizione umana e quella biocentrica delle scienze sanitarie. Rosalba Terranova-Cecchini della Fondazione Cecchini Pace scrive: *“Siamo chiamati a sviluppare una sensibilità volta all’“altro” e una maggiore competenza nei rapporti interpersonali in virtù di una maggiore complessità nelle interazioni tra operatore sanitario e malato, complessità che rende inefficaci e spesso dannose le pratiche bio-psico-sociali statiche della medicina tradizionale, perché incapaci di leggere i valori culturali della persona malata, valori che proprio nel momento di maggior fragilità, determinato dalla malattia, emergono con forza nel pensiero e nel comportamento di una persona”*. L'infermiera M. Leininger, in uno dei suoi lavori degli anni Cinquanta, diceva: *“Quello di cui le persone hanno più bisogno per crescere, rimanere in salute e sopravvivere o affrontare la morte, è dell'umanizzazione dell'assistenza. L'assistenza è l'essenza dell'infermieristica, ne è il cuore e l'anima e rappresenta quello che di più la gente cerca nell'infermiere e nei servizi sanitari. Gli infermieri allora devono acquisire conoscenza dei valori, delle credenze, e delle forme di assistenza espresse nelle varie culture e mettere a frutto tali conoscenze per prendersi cura delle persone sane e dei malati”*. La “teoria della Assistenza Culturale, diversità ed universalità dell'assistenza” di M. Leininger è stata sviluppata attraverso numerose pubblicazioni e permette di evidenziare i diversi significati e modi nel fornire assistenza alle persone di cultura differente, rispettandone le aspettative, ma soprattutto e nello stesso tempo permettendo di individuare i canali strategici assistenziali culturalmente sensibili. Per Leininger l'incontro tra l'operatore sanitario ed il paziente rappresenta il concretizzarsi dell'incontro tra diverse visioni del mondo che comunemente determinano imbarazzi, disagi, diffidenze, rigidità e senso di profonda frustrazione. La teoria della *Culture Care* sostiene e incoraggia gli infermieri, durante l'operatività quotidiana, a trovare uno spazio interiore, e non solo interiore, da dedicare alla comprensione reciproca. L'assistenza così diventa una transazione uno scambio di valori del “care” per socializzare e conoscere i fattori che influenzano i modi di fornire e ricevere assistenza.

Il ruolo dell'antropologia nell'approccio alla salute nell'interculturalità

La consapevolezza della “non naturalità” delle categorie di “salute” e “malattia” permette un processo di riflessione critica su alcuni paradigmi della biomedicina e sull'importanza dell'attenzione alla dimensione socio-culturale (e non solo organica) nel processo diagnostico e terapeutico.

L'antropologia medica si occupa dell'impatto del sistema medico sul corpo e la psiche individuali, del rapporto tra guaritore e malato, della dimensione sociale e antropologica della salute, della malattia e della cura e di come differenti culture abbiano elaborato differenti *corpora* di pratiche, credenze e conoscenze intorno ai problemi esistenziali collegati alle tematiche della salute, della malattia e della cura. Si occupa, in particolare, anche dei vari approcci al problema proposti dalle medicine non europee o comunque non attinenti alla biomedicina. L'interesse non è quindi rivolto solo all'analisi delle diversità attraverso cui, secondo i luoghi, si declina l'approccio al problema salute-malattia-cura-guarigione, ma anche allo studio dei processi sociali e delle rappresentazioni simboliche con cui tali problematiche sono incorporate nei sistemi cognitivi. Essa utilizza i metodi dell'antropologia e delle scienze sociali per affrontare le questioni della salute e della malattia, della guarigione e dei sistemi di cura.

Gli specialisti di questa disciplina sono al tempo stesso antropologi o addetti alle cure (infermieri, medici, psicologi) che hanno ricevuto, in via secondaria, una formazione antropologica. A volte, con abuso di linguaggio, si usa il termine **etnomedicina**, il cui significato, però, è ben distinto, adattandosi a designare una pratica disciplinare che si occupa, su un terreno più marcatamente etnologico, di studiare e annotare, anche al di fuori delle grandi tradizioni scritte, i diversi sistemi di approccio locale al problema della malattia, della cura e della guarigione.

Una minuziosa analisi etnologica delle pratiche mediche, su contesti fortemente ridotti e localizzati, ha dato luogo in passato a una vasta produzione etnografica, spinta fino a livello di monografie focalizzate su dimensioni estremamente circoscritte, come quella dell'etnia o della singola tribù. L'effetto distorsivo di questa proliferazione è stato il consolidarsi di una riduttiva dicotomia medicina tradizionale vs medicina biologica occidentale, che non permetteva di tenere nel giusto conto l'adattabilità e la non predeterminazione dei comportamenti messi in atto dai malati, inclini, di volta in volta, a optare per approcci differenti. La medicina tradizionale è preposta concettualmente e operativamente alla prevenzione e cura delle malattie e viene utilizzata nei processi di costruzione della salute, con lo scopo di diagnosticare e eliminare ogni disequilibrio psico-fisico e sociale dell'individuo.

La malattia nella cultura araba

I due mondi culturali cristiano e musulmano per alcuni concetti si somigliano, per altri sono in tutto dissimili. Il concetto del dolore è fra questi ultimi. Al mondo islamico è stato permesso sin dal più alto Medioevo di indagare liberamente sul corpo umano, sulla sua anatomia e sulle sue patologie fisiche e psichiche e, come conseguenza, sulla fisiologia del dolore. Per la cultura islamica dunque il dolore è necessario nel senso che ci avverte di una malattia o di una disfunzione e grazie a esso il medico può capire quale patologia ha causato il dolore e la può curare.

Come alternativa si tratta di una sofferenza psichica. Nell'ambito della religione, per l'îslâm, a prescindere da quelle patologie psicotiche che son causate da deficienze fisiche, la sofferenza psichica dipende soprattutto dall'ignoranza e dagli egotismi. Ci fornisce la misura della nostra condizione umana ed è utile per temprare lo spirito e per migliorare la visione della vita, soprattutto dal punto di vista etico-spirituale.

In nessun caso il dolore serve per redimere la condizione umana e ancor meno per meritare il Paradiso. In tutti i casi il dolore non è conseguenza della fatalità e non va sofferto nel silenzio e con abnegazione; non va poi dimenticato che la medicina islamica del Medioevo già studiava le componenti psicosomatiche.

Per ovviare alla sofferenza, la medicina islamica del Centroasia faceva ricorso anche all'agopuntura, alla kinesiterapia, al rilassamento indotto, alla moxa (utilizzo del caldo, ma anche del freddo, ad esempio per le infiammazioni del periostio). In queste culture la malattia è intesa solo per alcune categorie di problematiche: malattia fisica (danno a un organo), scompenso, conseguenza di un intervento chirurgico, seguito d'ignoranza (non cura di sé), debolezza, di mancanza di carattere o forza d'animo, una malattia di per se stessa dovuta a devianza psichica. È una medicina chiaramente di tipo religioso, Dio è l'unica fonte di malattia e di risanamento, per cui solo il sacerdote, l'uomo scelto da Dio, è considerato strumento di guarigione; il medico viene tenuto in grande considerazione, ma è la divinità ad aver creato le piante e tutti i medicinali; alimentazione, prevenzione ed igiene sono marginali rispetto al precetto religioso.

Malattia e Medicina Assiro Babilonese

È una medicina religiosa e magica: l'ira di una divinità verso una persona permette ai demoni maligni di aggredirla causando in tal modo la malattia; il concetto magico ha invece risalto nella parte terapeutica, nell'attuazione cioè degli esorcismi.

Nella fase diagnostica le due concezioni vanno di pari passo e un ruolo preponderante è giocato dall'ispezione del fegato, ritenuto l'organo più importante in quanto fonte di sangue.

Bisogna poi ricordare la parte dedicata alla chirurgia compresa nel Codice di Hammurabi: vi è una vera e propria serie di norme deontologiche in cui sono riportati compensi e pene per chi esercita questa attività.

La malattia nella cultura sudamericana

La medicina tradizionale è un complesso di saperi e competenze, che abbraccia sia la dimensione concettuale sia quella pragmatica, dimensioni che si sostengono e si giustificano reciprocamente. I trattamenti tradizionali si basano sull'utilizzo di piante naturali, che è accompagnato quasi sempre dall'esecuzione di rituali e di formule verbali che concorrono a conferire al rimedio il suo potere terapeutico.

La medicina tradizionale è quindi un insieme di tecniche farmacologiche, religiose, rituali, magiche, che acquisiscono senso proprio dalla loro interazione e si radica nei dispositivi culturali di una comunità specifica che a tale risorsa fa riferimento per curarsi. In America Latina, laddove persistono radici indigene profonde, alla patologia come rottura dell'equilibrio individuo/contesto, si somma spesso una dimensione comunità/contesto, richiedendo pratiche collettive che ricompongano un "ordine-del-mondo" e una coerenza culturale messa in discussione dall'infrazione di alcune regole.

L'antica medicina peruviana si serviva di conoscenze di erboristeria, mineralogia, zoologia e biofisica per preparare rimedi medicinali e utilizzavano conoscenze di psicoterapia, cromoterapia, aromaterapia, percezione sovrasensoriale, fisioterapia, ipnosi, massaggi, viaggi nel tempo e nello spazio e l'arteterapia (canto, danza e musica) per risolvere i problemi fisici, mentali e spirituali e aiutare il paziente a ristabilire l'equilibrio tra natura esterna e natura interna. Essi consideravano che l'origine di ogni malattia fosse un disturbo spirituale, poi mentale e solo alla fine fisico. *"Quando l'allievo è pronto il maestro appare, sotto forma di fulmine, tromba d'aria o malattia"*. L'apprendistato durava molti anni, gli studenti imparavano da grandi maestri che trasmettevano le loro conoscenze una alla volta: l'allievo cominciava ad imparare le guarigioni più semplici e via via arrivava ad imparare i poteri extrasensoriali, i meccanismi della vita e della morte, il percorso dell'energia e l'arte di riportare l'equilibrio in una persona.

Lo scopo degli uomini di medicina era aiutare a vivere bene e in armonia e, quando il ciclo della vita era concluso, aiutare a viaggiare verso un'altra dimensione, la morte, in pace e senza sofferenze.

La malattia nella cultura africana

Le conoscenze della medicina tradizionale in Africa vengono apprese quasi sempre all'interno della famiglia, attraverso un apprendistato prolungato nel tempo, che si sostanzia principalmente con le esperienze e con le osservazioni personali o trasmesse dagli anziani. Non ci sono istituzioni dedite all'insegnamento della pratica terapeutica tradizionale, ma sono le singole unità familiari a preparare i "prescelti" delle nuove

generazioni alla cura delle malattie secondo le proprie specifiche competenze, secondo un percorso di vera e propria iniziazione.

Nelle culture indigene, procedendo anche qui con una certa generalizzazione, a fianco di una sfera “domestica” di cura dei malesseri più diffusi attraverso erbe (conoscenze patrimonio delle donne e trasmesse da madre a figlia), vi è la sfera medico-rituale. In questo caso, gli “apprendisti” vengono adottati da un “maestro” anche esterno ai nessi familiari. Il percorso da apprendista a maestro dura moltissimi anni, con lunghi ritiri nel bosco, periodi prolungati di digiuno e altre prove. Le prerogative messe in evidenza non vogliono però determinare una rappresentazione irrealistica ed omologante delle singole pratiche terapeutiche tradizionali: non si può infatti parlare di un’unica medicina tradizionale in Africa, come non si può parlare di una medicina tradizionale in America, dove ne esistono manifestazioni diverse secondo i contesti in cui si originano, né si può pensarle staticamente, come se fossero sistemi di cura immobili e isolati, non soggetti al cambiamento.

Elemento comunque comune tra le diverse medicine tradizionali è la condivisione del modo di percepire e raffigurarsi il mondo tra il terapeuta e il malato: è tale rapporto di interrelazione coerente e d’intesa tra i due soggetti, facenti riferimento allo stesso immaginario e a una visione socio-culturale partecipata della malattia e dell’ambiente, ad assumere una rilevanza fondamentale nel trattamento e nell’efficacia della cura tradizionale

La malattia e la cura nella civiltà Egizia

È una medicina basata su un empirismo illuminato: ritroviamo una concezione biologica, la conoscenza dei vari quadri sintomatologici e la farmacologia. Gli Egizi avevano compreso che l'alcool scioglieva gli alcaloidi vegetali contenuti nelle piante molto meglio dell'acqua e quindi utilizzavano il vino per formulare veri e propri rimedi sciropposi.

Gli elementi che costituiscono la sapienza medico empirica vengono trattati solo in libri sacri accessibili unicamente agli iniziati.

Risultano molto precise le indicazioni relative alla terapia (nel papiro di Ebers sono menzionati 500 diversi medicinali) e alle sue varie forme di confezionamento e di somministrazione: polveri, tisane, decotti, macerazioni, pastiglie erano perfettamente conosciuti. Assai progredita era inoltre la chirurgia e la sutura delle ferite. Esistevano medici specialisti nelle malattie urinarie, nelle patologie delle orecchie, degli occhi e della pelle.

La medicina nella cultura europea

Nella Grecia Antica la medicina entrò a far parte del grande movimento filosofico ed assunse maggiori caratteristiche scientifiche. È testimoniata fin dai tempi di Omero la presenza di medici laici, attivi presso i palazzi dei signori, nelle Città e nelle loro campagne. La medicina dei tempi omerici ha già i caratteri di una professione, ben ordinata su basi sicure.

Esiste una nomenclatura delle varie parti del corpo, identica a quella che riscontriamo più avanti negli scritti di **Ippocrate**. Le descrizioni delle cure, specialmente delle ferite, dimostrano una sicura esperienza e pare che l’opera del medico e del chirurgo siano già nettamente distinte. Nell’intera antichità greca, la guarigione fu considerata essenzialmente un fenomeno spirituale e fu associata a molte divinità.

Presso i Greci Esculapio, figlio di Apollo, divenne nella mitologia il dio della medicina e gli vennero dedicati templi che erano veri luoghi di cura dove accorrevano malati e pellegrini.

Lo stesso Pitagora si occupò di fisiologia ed epidemie, Lisippo affermò che nulla avviene senza una causa, Epicarpo sostenne che solo la natura può intendersi di ciò che è salutare.

I medici Greci formarono corporazioni mediche, che promossero una forma di medicina fondata su conoscenze empiriche.

La medicina, dunque, è un'arte a sé esercitata da uomini esperti, che a essa si dedicano e per tale opera sono remunerati. Le guarigioni ottenute vengono iscritte dai pazienti grati sulle tavolette, molte delle quali sono state ritrovate.

Medicina Romana

La medicina romana si connette alla medicina di altri popoli latini e alla medicina magica etrusca: si narra che i figli della Maga Circe, esperta in farmaci, divennero Principi etruschi; si trovano cenni in scritti di Eschilo e Teofrasto, mentre Esiodo parla della grande rinomanza dei medici etruschi (per esempio, le opere di canalizzazione provano la conoscenza dell'importanza che davano alle acque putride). La medicina romana è inizialmente solo sacerdotale, non c'era l'esercizio della professione medica, ma ogni *pater familias* conservava gli antichi costumi popolari. Con l'arrivo a Roma dei medici greci, la medicina romana prende nuovi impulsi, nascono le prime scuole e gli esponenti più famosi sono Dioscuride (sue le opere con le prime nozioni di farmacologia) e Galeno da Pergamo nel II secolo, che possiamo considerare il fondatore della medicina sistemica: infatti se Ippocrate esprime nella medicina la sua concezione biologica-cosmica, Galeno gli contrappone la sua concezione morfologica-analitica.

Galeno afferma la dottrina della patologia locale per cui ogni malattia di ogni organo costituisce un fattore a sé stante. Roma diviene comunque maestra di igiene sociale nel mondo: gli acquedotti, le terme, l'ordinamento dei parchi, la sorveglianza igienica sugli alimenti, le cloache e le leggi sanitarie a difesa della salute pubblica sono, attraverso le scuole, conosciute e rinomate in tutto l'impero; nel III secolo tutto l'insegnamento è riordinato, la medicina greca è applicata, codificata perfettamente, con evoluzione nelle regole igieniche; esistono anche ospedali militari, la classe medica ha una posizione importante nella società e nello stato, la medicina legale è importantissima nel complesso delle leggi e lo stato affida al medico la cura e la responsabilità della salute del cittadino. Anche il personale non-medico è formato e valorizzato (esistono i *frictores* e gli unguentari che applicano unguenti e fanno massaggi negli ospedali). Con la caduta dell'impero romano decade anche la medicina romana, il Medioevo si delinea con le sue grandi epidemie e pestilenze e centinaia di migliaia di vittime. Con il sorgere del Cristianesimo, il culto di Esculapio-salvatore, è sostituito dal Cristo, medico dell'anima e del corpo: il Vangelo si rivolge agli ammalati e si parla di guarigione come di divino intervento.

La medicina religioso-cristiana combatte le formule magiche e promuove le preghiere, l'imposizione delle mani e le unzioni con olio santo e studi e ricerche scientifiche vengono considerati inutili. L'influsso delle correnti mistiche orientali incontra questa medicina religiosa e si fonde in una medicina popolare che ricorre al culto di santi guaritori (antico e non dimenticato concetto), che con il tempo e con l'influsso bizantino si trasformerà in medicina conventuale.

Si contrappongono quindi due diverse visioni della cura, quella derivata dalla cultura romana (di tipo più chimico-sperimentale) e la nuova medicina religiosa.

Guaritori Popolari ed Antica Saggezza

Nel corso dei secoli, presso i popoli dell'area mediterranea ed europea, la guarigione è stata praticata da guaritori popolari, guidati dalla sapienza tradizionale, che vede nella malattia un disturbo dell'intera persona, che coinvolge non solo il corpo del paziente, ma anche la mente, l'immagine che ha di sé, la dipendenza dall'ambiente fisico, sociale e di credenze.

I guaritori popolari usavano una grande varietà di tecniche terapeutiche: talvolta con approcci magici, talvolta empirici, talvolta olistici. In comune, essi avevano la considerazione totale dell'essere umano.

Con rituali e cerimonie, tentavano di influire sulla mente del malato, allentando l'ansia che è la componente più devastante della malattia e aiutando il paziente a stimolare quelle facoltà di reazione alla malattia che ogni organismo naturalmente possiede.

Queste cerimonie di guarigione implicano un intenso rapporto tra guaritore e paziente e sono spesso interpretate in funzione di forze soprannaturali, convogliate nel malato attraverso il guaritore.

Questa concezione di guarigione implica una varietà di concetti, che trascendono la divisione cartesiana e che faticano ad essere compresi all'interno della scienza medica corrente. La medicina occidentale si avvale di numerose nozioni e tecniche, accumulate da guaritori popolari, e successivamente, arricchita da studi, esperimenti e ricerche, si trasformò in vera scienza, che abbraccia le più svariate discipline.

Il sistema medico occidentale è però solo uno tra molti altri; la maggior parte delle società presentano un pluralismo di sistemi e di credenze mediche senza una linea netta tra un sistema e l'altro.

Oltre alla medicina occidentale e alla medicina dei guaritori popolari, molte culture hanno sviluppato una loro medicina tradizionale colta.

Come la medicina occidentale, questi sistemi, indiano, cinese, tibetano, persiano ed altri, si fondano su di una tradizione scritta, usano una conoscenza empirica ed il loro approccio è olistico.

Oltre a questi sistemi, tutte le società hanno sviluppato un sistema di medicina popolare: credenze e pratiche usate all'interno di una famiglia, o di una comunità, che venivano trasmesse oralmente.

La pratica della medicina popolare è stata tradizionalmente una prerogativa femminile, dal momento che l'arte della guarigione nella famiglia è associata di solito ai compiti e allo spirito della maternità.

I guaritori popolari praticano la loro attività all'interno di una professione organizzata, ma derivano la loro autorità dall'efficacia terapeutica dei loro poteri, spesso interpretati come appartenenti ad un mondo trascendente.

Glossario

Banca mondiale. La Banca Mondiale comprende due istituzioni internazionali: la “Banca Internazionale per la Ricostruzione e lo Sviluppo” e l’“Agenzia Internazionale per lo Sviluppo”, create per lottare contro la povertà e per organizzare aiuti e finanziamenti agli Stati in difficoltà. La sua sede è a Washington, il presidente è eletto per cinque anni dal consiglio di amministrazione della banca. Fa parte delle istituzioni specializzate dell'Organizzazione delle Nazioni Unite.

Deng Xiaoping. Ha ricoperto ruoli direttivi nel Partito Comunista Cinese a più riprese nel corso dell'era di Mao Tse Tung e ha diretto de facto la Cina dal 1978 al 1992. È stato il pioniere della riforma economica cinese e l'artefice del "socialismo con caratteristiche cinesi", teoria che mirava a giustificare la transizione dall'economia pianificata, a un'economia aperta al mercato, ma comunque supervisionata dallo Stato nelle prospettive macroeconomiche. Fu l'artefice dell'apertura politica tra la Repubblica Popolare Cinese e gli Stati Uniti, con i quali, in piena guerra fredda e per arginare la potenza sovietica, aumentarono i rapporti economici e politici. Deng fu il capofila della seconda generazione dei leader del partito comunista cinese. Sotto il suo controllo la Cina divenne una delle economie dalla crescita più rapida, senza che il partito perdesse il controllo del Paese.

Irap. L'Imposta Regionale sulle Attività Produttive è stata istituita con il decreto legislativo 15 dicembre 1997. Con la Finanziaria 2008 assume la natura d'imposta propria della Regione e, nella sua applicazione più comune, colpisce il valore della produzione netto delle imprese ossia in termini generali il reddito prodotto al lordo dei costi per il personale e degli oneri e dei proventi di natura finanziaria. È l'unica imposta a carico delle imprese che è proporzionale al fatturato e non applicata all'utile di esercizio. Il suo gettito finanzia il 40% della spesa sanitaria italiana.

Irpef. L'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche è regolata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (1986). Si tratta di un'imposta italiana diretta, personale, progressiva, generale. È stata istituita con la riforma del sistema tributario del 1974 e fornisce circa un terzo del gettito fiscale per lo Stato italiano.

LEA. I Livelli essenziali di assistenza sanitaria sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. I Lea sono organizzati in tre settori: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Oltre alle prestazioni incluse nei Lea, è previsto che le singole Regioni possano stabilire ulteriori prestazioni da erogare con stanziamenti propri.

Mao Tse-Tung (1873-1976). È stato un rivoluzionario e dittatore cinese. Fu portavoce del Partito Comunista Cinese dal 1943 fino alla sua morte. Sotto la sua guida, il partito salì al governo cinese a seguito della vittoria nella guerra civile e della fondazione della Repubblica Popolare Cinese, di cui, dal 1949 fu presidente. Durante la guida della Cina, sviluppò un marxismo leninismo "cinesizzato", noto come maoismo, collettivizzando l'agricoltura con il cosiddetto "Grande Balzo in avanti". Il presidente cinese fu promotore di un'alleanza con l'Unione Sovietica che in seguito ruppe e lanciò la Rivoluzione Culturale. A Mao vengono attribuiti: la creazione di una Cina unificata e libera dalla dominazione straniera, l'invasione del Tibet, l'uso sistematico della repressione e dei lavori forzati, lo sterminio di milioni di contadini nella riforma agraria del 1951, la carestia del 1958-1961 e la violenza della Rivoluzione Culturale. Tra il 1959 e il 1962, nel periodo del gran balzo in avanti, si stima che a causa della sua politica morirono tra i 13 e i 46 milioni di cinesi.

PIL. Il Prodotto Interno Lordo è una grandezza aggregata macroeconomica che esprime il valore complessivo dei beni e servizi prodotti all'interno di un Paese in un certo intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati a usi finali (consumi finali, investimenti, esportazioni nette); non viene quindi conteggiata la produzione destinata ai consumi intermedi, che rappresentano il valore dei beni e servizi consumati e trasformati nel processo produttivo per ottenere nuovi beni e servizi.

Russell (Bertrand). E' stato un filosofo, logico e matematico gallese. Fu anche un autorevole esponente del movimento pacifista e un divulgatore della filosofia. In molti hanno guardato a Russell come a una sorta di profeta della vita creativa e razionale; al tempo stesso la sua posizione su molte questioni fu estremamente controversa. Il principale contributo di Russell alla filosofia del linguaggio è la teoria delle descrizioni.

Bibliografia

- “L'Europa della sanità”, Michela Sironi Mariotti.
- “The future of health policy”, Victor R. Fuchs. Cambridge
- “Health care 2020: the coming collapse of employer-provided health care”, William Styring III and Donald K. Jonas. Hudson Institute, 1999.
- “Health care, ethics and insurance”, edited by Tom Sorell. London.
- “The healthcare fix: universal insurance for all Americans”, Laurence J. Kotlikoff. Cambridge.
- “Health economics: selected readings”, edited by M. H. Cooper and A. J. Culyer. Harmondsworth.
- “Health technologies and decision making”. The OECD Health Project. Paris
- “I sistemi di finanziamento ospedaliero e nella riabilitazione: modelli nordamericani ed europei a confronto”, a cura di Franco Arosio, Gabriella Borri; prefazione di Umberto Veronesi. Milano, Angeli.
- Osservatorio italiano sulla salute globale, *Rapporto 2004 salute e globalizzazione*, ed Feltrinelli, 2004
- Mara Tognetti Bordogna, *I colori del Welfare*, ed. F. Angeli, 2004
- Duilio F. Manara, *Infermieristica interculturale*, ed. Carocci Faber, 2004
- Renzo Zanotti, *Filosofia e teoria del nursing*, ed. Summa Padova
- Sandra Bombardi, *Progettare la formazione dell'infermiere, la cultura al centro della professione infermieristica*, ed F. Angeli

Sitografia:

- <http://www.odmeo.re.it/upload/aggiornamento/materiale.pdf>
- <http://www.nelmovimento.altervista.org/savar/archivosavar/07-3%20savar/transculturale.htm>
- www.iss.it/culturaeimmigrazione.htm

Questionario ECM

1) Qual è la caratteristica del modello britannico?

- a) sistema misto
- b) universalistico puro
- c) basato sulle mutue
- d) tutto privato

2) Cosa prevede il modello tedesco?

- a) universalistico con integrazioni su base assicurativo-mutualistico
- b) non esiste un modello tedesco
- c) tutto basato sulle mutue
- d) universalistico puro

3) In quale tra questi Paesi c'è più carenza di medici?

- a) Italia
- b) Turchia
- c) Svezia
- d) Francia

4) Quale delle seguenti affermazioni NON è corretta

- a) Le diverse culture incidono in maniera sistematica, globale e irreversibile la concezione individuale di malattia: religione, credenze, luoghi di vita, retaggi antichi e tramandati dagli antenati possono influenzare a prescindere dalle dimostrazioni scientifiche
- b) Le progressive scoperte scientifiche hanno dimostrato in maniera inequivocabile ciò che è malattia, ciò che la determina (fisicamente e psichicamente) non lasciando spazio a ulteriori credenze mitologiche o ancestrali
- c) I professionisti che si approcciano alla presa in carico di soggetti malati di culture differenti, non possono prescindere dalle influenze che la cultura e la tradizione hanno generato nel credo dei soggetti stessi
- d) Ogni persona relaziona in modo diverso e peculiare con la condizione del dolore, della sofferenza e della speranza.

5) Chi era M. Leininger?

- a) una sociologa
- b) una antropologa culturale
- c) un'infermiera
- d) un medico

6) Di quale teoria fu promotrice M. Leininger?

- a) "La teoria della cura del sé"
- b) "La teoria della Assistenza Culturale, diversità ed universalità"
- c) "Il modello delle prestazioni"
- d) "La teoria delle culture e religioni"

7) Nella cultura araba:

- a) la divinità crea la malattia, ma fornisce anche i prodotti che in natura permettono di trattarla e, a volte guarirla
- b) la malattia è una punizione divina e non si può mai guarire
- c) la malattia è una esperienza umana determinata dall'uomo stesso
- d) nessuna delle risposte è quella corretta

8) Nella cultura sudamericana come si cura la malattia in funzione di ciò che essa rappresenta?

- a) attendendo nuove ere, lasciando trascorrere il tempo perché la malattia è un caos generato dal cosmo
- b) la malattia è insita nella natura e nella storia dell'uomo quindi si cura mediante un insieme di tecniche farmacologiche, religiose, rituali, magiche, che acquisiscono senso proprio dalla loro interazione e si radica nei dispositivi culturali di una comunità
- c) è frutto dell'odio del demonio e quindi solo la fede cristiana può allontanare la malattia
- d) non si sono mai posti domande sulla malattia, l'hanno affrontata in quanto tale

9) Quale importante provvedimento fu introdotto nella cultura romana a prevenzione delle malattie e a tutela della salute pubblica

- a) L'isolamento dei soggetti infetti e l'introduzione della quarantena

- b) I bagni termali per prevenire sindromi cutanee e respiratorie
- c) Nessun provvedimento: non conoscevano ancora il concetto di salute pubblica
- d) gli acquedotti, le terme, l'ordinamento dei parchi, la sorveglianza igienica sugli alimenti, le cloache e le leggi sanitarie a difesa della salute pubblica

10) Nell'epoca post romana quali teorie sulla cura delle malattie si contrapposero maggiormente?

- a) religiosa – chimica
- b) chimica – empirica
- c) magica – religiosa
- d) farmaceutica – empirica

11) I guaritori:

- a) tentano di influire sulla mente del malato, allentando l'ansia che è la componente più devastante della malattia
- b) utilizzano metodiche di medicina non convenzionale, quale agopuntura e moxa
- c) non hanno alcun fondamento scientifico
- d) non dimostrano alcuna efficacia

12) Nella medicina tradizionale africana:

- a) esiste una sfera domestica di cura dei malesseri più diffusi attraverso erbe
- b) esiste una sfera medico-rituale, in cui gli apprendisti vengono adottati da un maestro
- c) esiste una condivisione del modo di percepire e raffigurarsi il mondo tra il terapeuta e il malato
- d) tutte le risposte indicate