



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
CORSO DI:

INFERMIERISTICA
OSTETRICO - GINECOLOGICA

Dr. Caldararo Cosimo

“Ho le doglie, sto malissimo, ho dei dolori tremendi, sto gridando aiuto, mi spiegano che cosa devo fare con gentilezza e questo mi innervosisce ancora di più perché non capisco nulla...”

Svetlana (ucraina)

“Ho 20 e sono incinta al quinto mese, voglio abortire ma mi dicono che non si può. Come mai? Hanno detto che posso lasciare in ospedale il bambino dopo il parto. Ma, se lo faccio, voglio tenerlo...”

Vera (moldava)

“Ho capito tutto: ho preso un po' di freddo, mi è venuta un'infezione e mi devono togliere l'utero...”

Nina (ucraina)

“Mi hanno detto che non mi fanno più l'intervento e che posso andare a casa: sono spaventata, non mi vogliono dire la verità...”

Ludmila (russa)

Una donna musulmana con tre figli, in attesa del quarto, in una situazione di estrema povertà e precarietà, decide di tenere il bambino, perché sostiene: “Avrò la stima, l'amore, l'approvazione di mio marito, della mia famiglia e di Dio”.

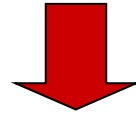
La ginecologa riferisce all'infermiera: “Quella donna è molto affaticata, fisicamente e psicologicamente, dalla vita che fa... Se avessi tre figli non ne farei certamente un quarto, non avrei più una vita fuori casa, non potrei fare più il mio lavoro”.

I concetti di accoglienza e ospitalità

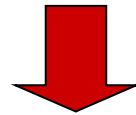
Accogliere e **ospitare** è un atteggiamento generalmente cortese, rivolto a , mettere l'ospite a proprio agio e fargli sentire gradita la sua presenza.

Accogliere e **ospitare** sono la possibilità offerta a qualcuno di alloggiare o risiedere temporaneamente in un luogo diverso dalla propria casa o dal proprio Paese, come manifestazione di generosità e cortesia.

Accogliere



Creazione di uno spazio



Di un tempo che si riveli
accogliente e ospitale



Atmosfera in grado di
mettere a proprio agio
l'ospite in senso fisico e
morale

Lo straniero è in primo luogo estraneo alla lingua, obbligato a chiedere ospitalità in un linguaggio che per definizione non è il suo, ma quello impostogli dal padrone di casa, dal re, dal signore, dal potere, dalla nazione dallo Stato, ecc.

La prima violenza è la traduzione nella propria lingua.

La prima cosa che chiediamo allo straniero è quella di capirci, di parlare la nostra lingua, quale condizione necessaria per accoglierlo in casa nostra.

Lo straniero non è semplicemente il barbaro, l'altro assoluto, il selvaggio, il totalmente escluso e diverso.

Egli ha sì dei diritti ma anche dei doveri, come gli si rammenta spesso, qualora si voglia rimproverargli di comportarsi male.

Ospitare l'altro però costituisce una minaccia alla propria integrità: "Non si è più in casa propria!".

Si presenta la necessità per colui che riceve di scegliere, filtrare, selezionare gli invitati, i visitatori o gli ospiti, coloro a cui dare asilo, ecc.

Accoglienza nei servizi sanitari: una sfida organizzativa.

Quando la casa è rappresentata dai servizi per la salute o addirittura da un ospedale, come far sentire l'ospite padrone di casa, ed il padrone, gli operatori, ospiti?

Che dono si può offrire all'ospite per farlo sentire atteso e ben accolto?

L'ospedale deve essere il luogo dell'accoglienza, della speranza, dell'attenzione, della lotta al dolore e alla sofferenza.

La dignità della persona – rappresentata dalla triade ideale: paziente, medico, operatore – è il valore fondante.

L'ospedale orientato al paziente definisce processi diagnostici e terapeutici centrati alla soluzione dei problemi di salute capaci di soddisfare i bisogni quotidiani e terapeutici centrati sulla soluzione dei problemi di salute e capace di soddisfare i bisogni quotidiani e i diritti fondamentali del malato:

- ✓ Essere informato e guidato;
- ✓ Trovarsi in un ambiente a misura d'uomo, sicuro, confortevole in cui sia garantita la privacy;
- ✓ Non dover vivere in un'eccessiva promiscuità con altri;
- ✓ Ricever i parenti senza vincoli ingiustificati.

Per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra utente e ospedale è necessario mostrare una “cultura dell’accoglienza”, quale frutto di riflessione, costruita e ricostruita in una prospettiva multidisciplinare che vede coerentemente integrati i diversi saperi.

I continui momenti che si dedicano all’accoglienza influenzano gran parte del ricordo che un utente ha del percorso assistenziale.

Nella realtà attuale accade che , abbastanza frequentemente, mentre gli aspetti fisico - organici ricevono risposte di sempre più alta qualità, gli altri, per le più svariate motivazioni, vengono sovente sottovalutati o considerati secondari e da taluni persino trascurabili.

Umanizzare l'accoglienza significa:

- ✓ Fornire tutti i confort necessari;
- ✓ Offrire sicurezza;
- ✓ Trattare l'utente come ospite;
- ✓ Garantire un'assistenza qualificata che tenga conto della globalità ed unicità della persona, della famiglia, delle persone significati;
- ✓ Tenere conto dell'esperienza personale di malattia, dolore e sofferenza.

Il processo di accoglienza ed il concetto di rispetto.

Il donare rispetto è una performance situata nella relazione con l'altro, che mette in scena e rappresenta il riconoscimento reciproco.

Donare amicizia, creatività, ascolto e attenzione fa guadagnare rispetto; per compiere questi gesti è necessario spendere tempo ed energie.

Il rispetto è qualcosa che si conquista continuamente, che permette un duplice riconoscimento fondato sulla condivisione dei diritti e riguardo per le diversità.

“L’amore di sé e la stima di sé nascono dalla fiducia nelle proprie capacità personali e dalla percezione quotidiana che si è rispettati per quello che si è: solo dal rispetto di sé può nascere quello verso l’altro, di cui accettiamo la diversità come egli accetta la nostra”.

(Sennett, 2004)

La società ha individuato tre modi attraverso i quali la persona si presenta o no meritevole di rispetto:

- 1. Capacità e abilità di sviluppare crescita personale;**
- 2. Avere cura di sé;**
- 3. Dare agli altri, ossia realizzare un scambio, insito nell'anima di chi contribuisce al benessere della comunità.**

Il processo di accoglienza ed il concetto di identità e comunità

Nel 1994 un manifesto attaccato sui muri di Berlino sbeffeggiava la fedeltà a schemi che non erano più in grado di rispecchiare la realtà del mondo:

“Il tuo cristo è un ebreo. La tua macchina è giapponese. La tua pizza è italiana. La tua democrazia è greca. Il tuo caffè brasiliano. La tua vacanza turca. I tuoi numeri arabi. Il tuo alfabeto latino. Solo il tuo vicino è straniero”.

La comunità è un luogo caldo, intimo e confortevole.

E' come un tetto sotto cui ci ripariamo e dove possiamo contare sulla benevolenza di tutti. Il privilegio di vivere in una comunità richiede un prezzo da pagare: l'assenza di comunità significa assenza di sicurezza, la presenza significa perdita di libertà.

Da qui la continua tensione tra sicurezza e libertà, comunità ed individualità.

In Italia la migrazione al femminile ha conosciuto almeno 4 tipologie successive con problematiche diverse:

Anni 70: le pioniere : in prevalenza donne che venivano in Italia per fare le collaboratrici domestiche a tempo pieno. Erano quasi tutte donne ed era la migrazione invisibile, sia perché non ponevano problemi al welfare in quanto il loro accesso ai servizi era accompagnato dalla famiglia in cui lavoravano, uscivano poco e il canale attraverso cui arrivavano era in gran parte la Chiesa Cattolica (soprattutto missioni) che faceva comunque da punto di riferimento.

Anni 80: la migrazione diventa visibile perché decolla la emancipazione lavorativa (lavoro domestico a ore, o in fabbrica) per cui non c'è più soltanto il bisogno di lavoro a spingerle ma anche una volontà di liberazione.

Anni 90: sono gli anni dei ricongiungimenti familiari.

Anni 90-2000: le donne migranti conoscono l'incremento delle donne trafficate e delle badanti.

Le donne straniere e le problematiche di accesso ai servizi.

Le donne del ricongiungimento familiare: sono sicuramente indice di stabilizzazione del fenomeno migratorio, ma vivono una situazione di isolamento perché viene meno la famiglia allargata soprattutto al femminile che permetteva loro una rete di sostegno.

Questo porta alla segregazione nell'ambito domestico e al rifugiarsi nell'ambito religioso che viene visto come unico riferimento. Sono tutte regolari e iscritte al SSN ma spesso non accedono ai servizi per difficoltà oggettive (non hanno chi le accompagna in una città che non conoscono, soprattutto non hanno quella rete della famiglia allargata femminile che le possa rassicurare e indirizzare)

Le donne sole: sono le pioniere (che sono in Italia da oltre 30 anni) che magari hanno ricongiunto la famiglia (soprattutto i figli) e che non hanno forse mai avuto difficoltà nell'accesso ai servizi, invece le donne trafficate (prostitute) che sono in gran parte irregolari e che naturalmente hanno tutte le problematiche connesse.

Il fenomeno relativamente nuovo delle badanti pone problematiche ancora diverse perché sono più anziane quindi per loro viene meno l'effetto migrante sano.

Le donne cinesi: sia regolari che irregolari vivono un isolamento sociale dato dalla incomunicabilità linguistica.

Le donne straniere e le problematiche di accesso ai servizi.

- ❑ Le problematiche riguardanti la gravidanza e il parto, ma anche il periodo successivo al parto perché queste donne non sono più supportate dalla rete familiare;
- ❑ Le problematiche legate alla contraccezione e alla IVG (che molto spesso ha solo motivazioni economiche);
- ❑ Le problematiche legate alla mancata risposta agli screening per la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale (questo soprattutto nelle migranti dell'Est europeo che sono mediamente 40- 50enni).

Il concetto di salute senza veli e frontiere

Nigeria:

Il problema della prostituzione è un grosso problema anche per loro: come in Italia si tende a considerare tutte le ragazze nigeriane come prostitute (a meno che non abbiano marito e figli) così per una ragazza che torna in Nigeria dall'Italia solo per il fatto di essere stata in Italia è vista come una prostituta, e per una delle etnie della Nigeria questo vuol dire il rifiuto perché la prostituzione è un delitto.

Infatti le prostitute nigeriane appartengono all'altra etnia. Vengono in Italia sapendo quello che vengono a fare (perché lo fanno anche in Nigeria) ma non in che condizioni, ed è su questo che si innescano le violenze.

Altro grande problema sono le mutilazioni genitali femminili che sono vietate, ma che sono ancora praticate clandestinamente nelle zone più povere e con meno istruzione.

Accanto a queste piaghe è emerso il grande valore dato alla maternità e, soprattutto nelle popolazioni ganesi, il concetto di famiglia allargata (anche al di fuori della parentela stretta) e di educazione comune dei figli.

Il concetto di salute senza veli e frontiere

Marocco:

ha descritto una situazione di forti contrasti ma con una volontà molto forte di modernizzazione e di cambiamento. In particolare ha descritto partendo dai versetti del Corano e dalla Costituzione marocchina e il nuovo diritto di famiglia una condizione femminile che si va rapidamente portando al rispetto della parità (ed è interessante che questo processo sia stato innescato dal re nel 2003 all'indomani degli attentati terroristici di Casablanca, ed è stato sentito come la risposta ad essi).

La poligamia è diventata praticamente impossibile (la prima moglie dovrebbe dare il permesso e la seconda moglie deve per forza essere informata che l'uomo è già sposato e dare il consenso e il tutto davanti a un giudice).

La realtà più negativa che le donne (quasi tutte in Italia per ricongiungimenti familiari) vivono è la mancanza della famiglia allargata soprattutto nel periodo della gravidanza e comunque per la crescita dei figli perché non hanno quella famiglia allargata al femminile che le potrebbe supportare (il ricongiungimento con i genitori : madri e nonne è quasi impossibile – un figlio può ricongiungere i genitori solo se figlio unico, cosa alquanto rara in quella cultura).

La lingua araba è comune a tutto il Nord Africa, ma le differenze culturali tra i vari paesi sono molte.

L'altro problema è la forte differenza tra livelli di istruzione tra le città costiere e la campagna, per cui quelli che emigrano sono spesso già immigrati dalle campagne alle città prima di venire in Italia e sono quasi analfabeti, soprattutto le donne.

Cina:

anche qui forte contrasto tra campagne e città e tra Nord e Sud con differenze non solo linguistiche e culturali, ma anche economiche.

Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un forte indebolimento del Sistema Sanitario pubblico con lo smantellamento soprattutto dei servizi sanitari di base (medici scalzi) creati da MAO e di fatto ora è un sistema privatistico all'americana. Questo fa sì che il 60% dei malati non vadano dal medico e di questi la metà non lo fa per ragioni economiche, tanto che il primo ministro ha affermato pubblicamente che il sistema di mercato in campo sanitario ha fallito. Si è assistito di fatto a un aumento della epatite B e della TBC, per esempio.

Questa assenza di servizi sanitari di base fa sì che nella cultura e nella prassi dei cinesi ci siano due atteggiamenti:

1. Curarsi da soli con la medicina tradizionale cinese: basata sulla saggezza degli anziani e sulle erbe medicinali o sulla agopuntura: curare il sintomo senza cercare l'origine della malattia. D'altra parte anche in Cina ci sono accanto alle farmacie con farmaci occidentali (che costano molto di più) quelle tradizionali, inoltre in Cina i farmaci sono venduti liberamente senza necessità di prescrizione medica.
2. Oppure , per chi se lo può permettere, andare in Ospedale in cui si ha accesso a tutta la tecnologia in giornata: triage che indirizza verso i reparti. Per cui per un cinese andare in ospedale quando non guarisce da solo è normale e non è normale il concetto di prenotazione: prendono una giornata di permesso dal lavoro (e sono in Italia solo per lavorare) per cui cercano di risolvere tutto in quella giornata.

Nasce anche da questo, oltre che dalla difficoltà comunicativa la difficoltà ad usufruire dei servizi territoriali e della medicina generale, come nasce da qui la difficoltà a capire la necessità dei controlli durante la gravidanza e le vaccinazioni dei figli (che in Cina i genitori debbono pagare).

La politica della pianificazione familiare di MAO (politica del figlio unico) è stata seguita soprattutto nelle città, nelle campagne si assisteva piuttosto all'abbandono delle figlie femmine alla ricerca del figlio maschio che potesse perpetuare la famiglia. In Cina è comunque vietato da parte dei ginecologi rivelare il sesso del feto.

E' essenziale cercare il confronto con le culture diverse, e non lo scontro, il rispetto della cultura diversa e non la assimilazione, senza voler imporre a tutti i costi la propria medicina.

Occorre sì considerare la posizione della donna nella società di origine, ma anche la condizione che queste donne vivono qui, che spesso è di isolamento e di sradicamento. La relazione operatore sanitario (medico, infermiere, ecc.) e paziente non è mai facile e scontata perché deve tener conto di una diversità di interessi e di priorità, ad esempio la diversa valutazione della gravità di una condizione di salute o della necessità di controlli.

Per la maggior parte delle donne straniere il nostro modo di controllare la gravidanza fisiologica (esami, ecografie, visite) frutto della nostra cultura e della bassa natalità, è incomprensibile per donne figlie di culture con alta natalità, meno tecnologia e servizi sanitari e spaventate soprattutto dal parto perché da loro di parto si muore ancora.

D'altra parte il paziente ideale che dice le cose giuste, fa quello che il medico gli dice, tutto teso a conseguire la guarigione è una illusione anche da noi. E lo sappiamo bene nelle cure primarie e nella medicina generale in cui con il paziente dobbiamo continuamente rinnovare l'alleanza terapeutica che è di volta in volta una mediazione tra la cura ideale e le possibilità e le preferenze del paziente.

Occorre sicuramente riaffrontare patologie che credevamo scomparse (TBC, Lue) o che pensavamo lontane come la malaria, ma soprattutto occorre che ciascun operatore sanitario trovi il modo giusto ed efficace per presentarsi.

E in questo il confronto continuo con la mediatrici culturali è fondamentale.

Un altro aspetto da tenere presente è che se fino ad oggi si aveva un effetto migrante sano, perché a migrare erano solitamente i giovani e i sani per cui la salute doveva essere intesa in un modo più ampio come benessere complessivo che passava anche per l'inserimento sociale, con la migrazione dall'Est-Europa si assiste alla migrazione di donne di media età spesso con problematiche sanitarie che non hanno potuto essere affrontate nel paese di origine per mancanza di servizi e di mezzi. La mancanza di mezzi economici è anche alla base di molte interruzioni di gravidanza che provocano una sofferenza ancora maggiore perché la cultura di provenienza in cui la plurinatalità è un valore.