

SALUTE e CULTURA

Prendersi cura del paziente di origine straniera

Collaboratore: dr. Mattia Viano



CHE COS' E' LA CULTURA



CHE COS' E' LA CULTURA

La cultura è un insieme di credenze, valori e comportamenti appresi e condivisi in un gruppo.

Include il linguaggio, lo stile di comunicazione, le pratiche, i costumi ed i punti di vista su ruoli e relazioni.

Apparteniamo a più di una cultura (sociale, professionale, religiosa..) e il concetto di cultura comprende ma va al di là di razza, etnia e paese di origine.

Definisce il modo in cui vediamo il mondo. **In ambito sanitario influenza le relazioni tra paziente e operatore (Betancourt, NEJM, sett. 2004).**



SALUTE E CULTURA

Esperienza del corpo, della salute e della malattia strettamente legata ai processi sociali, culturali, politici e istituzionali

Medico e paziente hanno prospettive diverse della stessa realtà clinica (modelli esplicativi differenti)

DISEASE (alterazione del funzionamento dell'organismo-interpretazione biomedica della malattia)

ILLNESS (significato dell'esperienza di sofferenza attribuito da chi la vive in prima persona)





Cura e Cultura

La **cultura** è spesso presentata come un concetto che appartiene solo all'altro, come se gli operatori sanitari non ne avessero una. È l'altro ad essere (o ad avere) il problema. Il messaggio implicito è che certe persone sono culturalmente o etnicamente diverse, mentre altre non lo sono.

Al contrario, le esperienze di cura sono caratterizzate dalle **interazioni tra la cultura del servizio sanitario, la cultura dell'operatore e la cultura del paziente**. Inoltre, tali interazioni avvengono in un contesto socio-economico, politico e temporale specifico che in parte plasma e influisce tali esperienze.





PRIMA

Pratiche tradizionali nocive per la salute

Le **tradizioni** sono modelli di comportamento stabiliti all'interno di una comunità nel corso di generazioni. Queste tradizioni sono basate su sistemi di credenze e di valori custoditi dalla comunità

Le tradizioni sono difficile da modificare

Sono molte le tradizioni riguardano la cura e la manipolazione del corpo. Alcune sono positive (allattamento al seno prolungato, periodo di riposo per la donna dopo il parto, dieta speciale per madre e neonato)

Le Pratiche tradizionali nocive per la salute sono tradizioni che hanno effetti negative sulla salute delle persone.

Tra queste vi sono le **Mutilazioni Genitali Femminili**





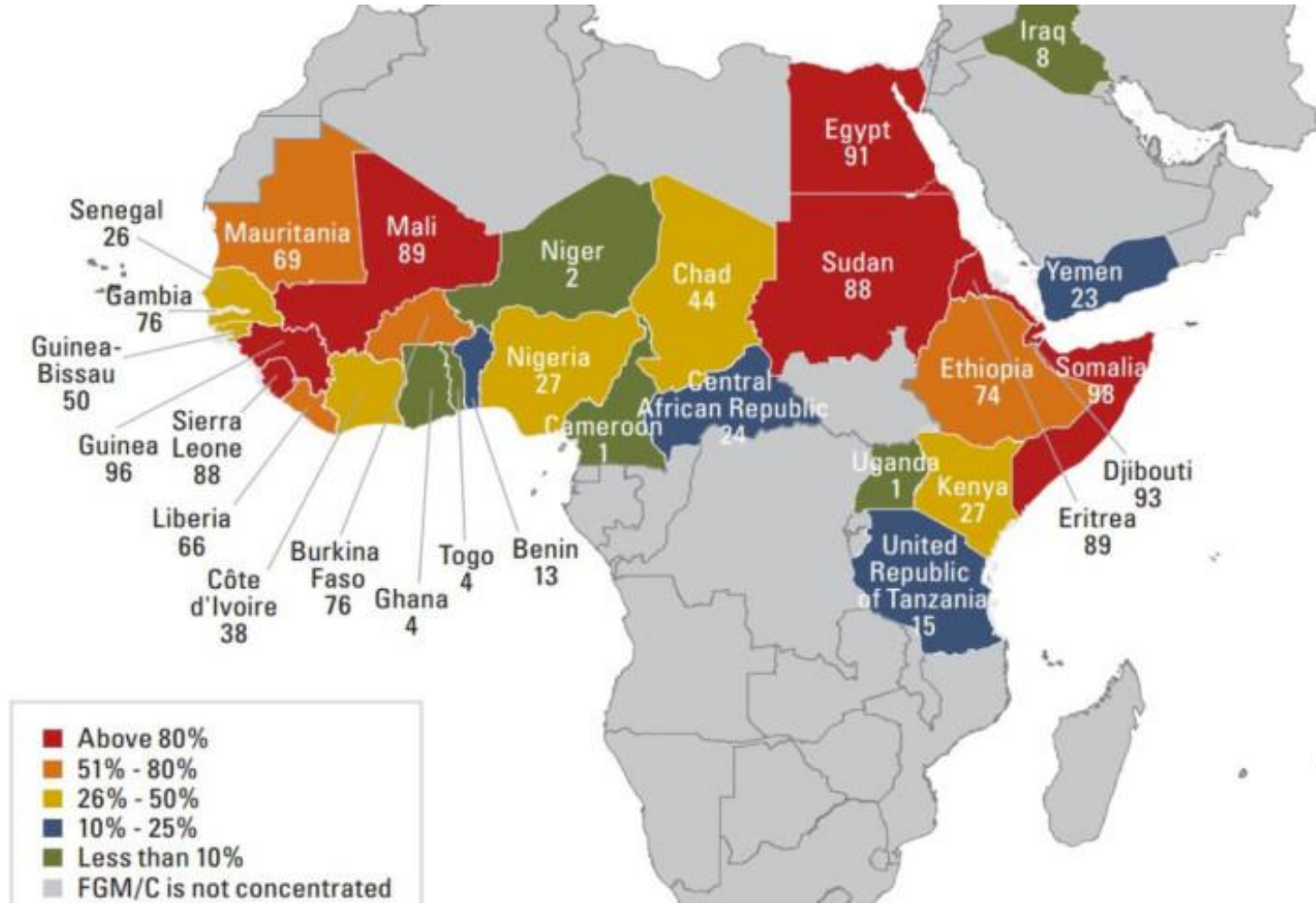
Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

Per **MGF** si intendono tutte quelle pratiche volte alla parziale o totale rimozione della parte esteriori dei genitali femminili. Esse sono praticate per **ragioni culturali, religiose** o di altra natura, che non siano però di carattere terapeutico.

L'**Organizzazione Mondiale della Salute** (Oms) ha diviso questo genere di pratiche in **quattro diversi tipi**, classificandoli a seconda del livello di gravità. Essi sono la **clitoridectomia** (tipo I), l'**asportazione** (tipo II), l'**infibulazione** (tipo III) e, infine, **altre pratiche di mutilazione genitale non classificate** come l'uso di piercing, la cauterizzazione e taglio della vulva e l'uso di acidi, le quali rientrano tutte nel tipo IV.



Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)



PRIMA



Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

COME? Le mutilazioni genitali sono generalmente praticate attraverso l'uso di oggetti rudimentali, quali coltelli, forbici, lamette da barba e, di solito, senza l'uso di alcun tipo di anestetico.

DOVE? Circa 130 milioni di donne e bambine in Africa, Medio Oriente, Asia

PERCHE'? Origine antichissima, pre-islamica e pre-ebraica. Non religiosa, sicuramente nate e poi diffuse in società pastorali e patriarcali per controllo del corpo della donna, della sua sessualità e verginità



Conseguenze sulla salute

Dipendono da diversi fattori tra cui, il tipo di intervento (I – IV), l'età cui vi si è sottoposte, il luogo (sterile o meno) ecc.

Si distinguono conseguenze a breve termine e a lungo termine e di diversa gravità tra cui:

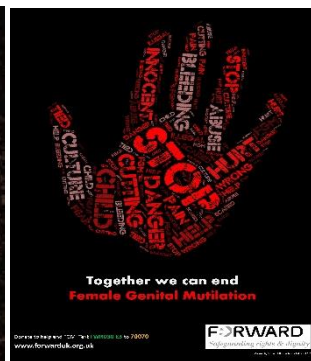
- *shock emorragico, infezioni pelviche e del sistema riproduttivo, setticemia;*
- *ritenzione urinaria, danni per l'uretra e l'ano, cisti, ascessi e ulcere genitali, eccessiva formazione di tessuto cicatriziale;*
- *conseguenze psicologiche post-traumatiche da stress;*
- *dolore cronico, rapporti sessuali dolorosi e diminuzione del piacere sessuale;*
- *problemi urinari, infertilità, complicanze chirurgiche connesse a deinfibulazione e reinfibulazione*
- *più probabilità di complicanze durante il parto, per es. emorragia post-partum, episiotomia, soggiorno prolungato in ospedale, rianimazione del bambino e morte perinatale del neonato*



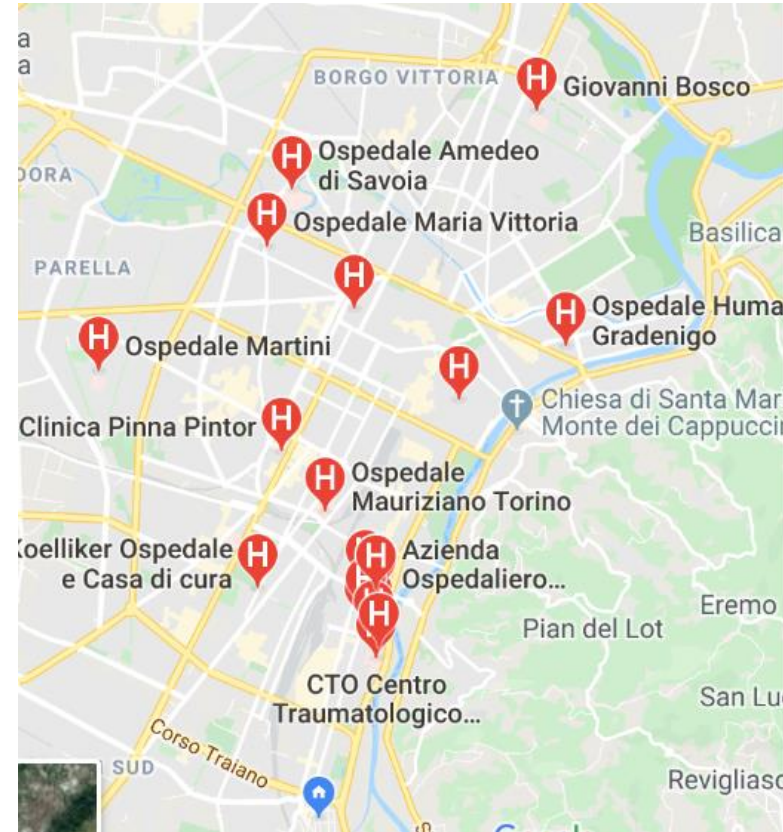
Dichiarate «**violazione dei diritti umani**» nel corso della Conferenza di Vienna del 1993.

Molti stati hanno iniziato a legiferare contro e, di fatto sono proibite anche in diversi paesi africani.

Tuttavia sono pratiche molto antiche, radicate ed è **difficile contrastarne la diffusione**. Più facile nei paesi di immigrazione, dove manca il contesto socio-culturale che rafforza tale pratica.



Contesto sanitario di provenienza



REGIONE PIEMONTE: 25 387 Km2



Contesto sanitario di provenienza



SOMALI REGION: 327 086 Km²

In tutta l'area ci sono 3 ospedali e due tipi di risorse sanitarie:
Gli Health Center, in cui è presente almeno un infermiere ed Health Post in cui sono presenti farmaci e personale formato su base sanitaria

Popolazione prevalentemente pastorale e nomade

3 medici ogni 100.000 abitanti (Etiopia) in Italia 89 ogni 100.000



In sintesi

- Sistema carente e a pagamento
- Inaccessibilità (mancanza di infrastrutture e strade)
- Bassa/nulla probabilità di incontrare un operatore sanitario nell'arco della propria vita
- Gravidanze non seguite, parto in autonomia
- Sistema di cura in larga parte tradizionale (affidamento a levatrici, curatori, aggiustat-ossa, saggezza popolare)



Criticità

Principali criticità:

1. Non essere in grado di cogliere il tipo di spiegazione della malattia e delle cause percepite da parte del paziente;
2. Non riconoscere che accettare l'esistenza di esperienze e credenze diverse può avere un ruolo importante nella definizione della cura;
3. Non essere in grado di spiegare il punto di vista medico in un linguaggio accessibile al paziente;
4. Non riuscire a negoziare una soluzione che permetta la realizzazione di un percorso di cura sicuro ed efficace.



Strumenti: l'ascolto attivo (1)

L'ascolto “attivo” è una competenza cruciale in ogni relazione sociale.

L'ascolto attivo presuppone un cambio di atteggiamento: da giudicante, alla ricerca del giusto-sbagliato, a “esplorativo” delle ragioni e dell'esperienza dell'altro.

Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che abbia ragione e chiedergli di aiutarti a capire come e perché.



Strumenti: l'ascolto attivo (2)

Nella comunicazione interculturale molto spesso hanno ragione entrambi gli interlocutori, e al tempo stesso “non possono aver ragione entrambi” perché non si capiscono fra loro. Il riconoscerlo è un indice di saggezza. Il **dialogo fra culture diverse** non riguarda in primo luogo i comportamenti, ma abitudini percettive-valutative profondamente interiorizzate e difficili da cambiare.



Strumenti: Il controtransfert culturale (1)

Il **controtransfert culturale** è costituito dalle emozioni che l'operatore sperimenta nel contesto clinico e che sono sollecitate dall'incontro/scontro con dimensioni culturali "altre": esse riguardano la propria identità sociale, professionale e culturale; derivano non solo dalla storia personale ma anche dalla storia della società di appartenenza, dalla politica, dai pregiudizi. Riconoscere e leggere il proprio contro-transfert culturale permette di evitare giudizi troppo etno-centrati e atteggiamenti interiori eccessivamente sbilanciati.



Strumenti: Il controtransfert culturale (2)

Il controtransfert culturale presuppone un **decentramento culturale**, cioè quella capacità di cogliere la logica intrinseca della narrazione dell'altro, soprattutto quando l'altro proviene da un paese diverso ed è quindi portatore di universi simbolici e culturali differenti. Si tratta di una posizione interiore, intellettuale, emozionale, corporea che viene protetta e promossa dalla presenza del gruppo. Il decentramento presuppone che si accetti di moltiplicare le letture di un fatto e che si cerchi di co-costruire con l'altro questa lettura possibile.



Migrant-friendly health services

Occorre ridurre le barriere ad accesso/fruizione dei servizi:

- Logistico-burocratiche;
- Linguistiche;
- Economico-finanziarie;
- Culturali:
 - Concezione malattia/salute (sacralità, gravidanza, visibilità);
 - Concezione di cura (biomedica versus tradizione);
 - Concezione del corpo (rapporto con dolore/sofferenza);
 - Concezione rapporto individuo-sistema sanitario (sistema sanitario paesi d'origine, aspettativa vita/salute)
 - Ruolo di genere e temi sensibili (IVG, trasfusioni, trapianti)



RIDEFINIRE LA COMPETENZA CULTURALE

- La migrazione è diventata sempre più varia:
non più piccoli gruppi etnici relativamente omogenei.
- Nuovi parametri di diversità:
status giuridico, lavorativo, storia della migrazione, religione, genere, età.
- Le differenze **all'interno** dei gruppi possono essere maggiori di quelle **tra** i gruppi.



Quello che deve sviluppare il sistema sanitario è la **sensibilità per le differenze**, piuttosto che una specifica competenza culturale



Umiltà culturale vs competenza culturale (è richiesta all'operatore una riflessione su se stesso e un'autocritica per riequilibrare il rapporto medico-paziente).

Esiste una diversità intra-gruppo. Ridurre l'identità individuale all'origine etnica può rappresentare un "razzismo rovesciato"

Per ridefinire la competenza culturale dobbiamo riportare l'attenzione sull'unicità dell'individuo.



RIFLESSIONI

Non è possibile diventare esperti di tutte le culture...

Non esiste il paziente «cinese» o il paziente «marocchino» ma esistono persone diverse, uniche e con un percorso di vita irripetibile che bisogna essere aperti ad accogliere e comprendere

Spesso il percorso migratorio, o lo status socio-economico sono più rilevanti del back ground culturale di un migrante... arrivato nel nostro paese anche molti anni prima del nostro incontro

E in ultimo... la cultura non è un blocco di granito, immutabile nel tempo.



LES ANTHROPOLOGUES !!!

