

INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
- 3.0 RIFERIMENTI E NORMATIVE LEGISLATIVE
- 4.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'
- 5.0 MODALITA' OPERATIVE
- 6.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 7.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1.0 Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

MEDICI: Nardelli G.B., Zambon A., Onnis G.L., De Toffoli K.

INFERMIERE/OSTETRICHE SALA TC: Cardin A., Carraro M., Magarotto C., Marzari F., Masiero A., Crepaldi E., Miozzo E., Marobin F., La Bella B., Greco A., Zoccarato M., Bellinato G., Michelon G., Valerio E., Bernardi E., Greco A.

OSTETRICHE: De Franceschi M., Scapin G., Zanella P., Albertin M., Massarotto M., Granci M., Marivo F., Callegaro M., Zacchettin C., Sansone L., Luise D., Panizza C., Brugnaro S., Baccarin G., Favaron B., Gambalonga I.

OSS: Brusamolín M., Pagin S., Pescante A., Calgaro M., Benetti V., Zago S.

2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

LA PROCEDURA SI APPLICA NELLA SALA PARTO DELLA U.O.C. di CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA DELL' AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA.

LA PRESENTE PROCEDURA E' DESTINATA AL PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO E OSS DELL'UNITA' OPERATIVA.

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DELLE INFERMIERE, DELLE OSTETRICHE E DELLE OSS NELL'ASSISTENZA ALLA PAZIENTE DI ORIGINE STRANIERA.

3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

- Codice Deontologia Medica, 16 dicembre 2006.
- Codice Deontologico Infermieri (1999): rapporti con la persona assistita 4.2, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9); rapporti professionali con i colleghi e altri operatori.
- Codice Deontologico Ostetriche approvato dal consiglio nazionale nella seduta del 10/11.03.2000, punto3 – rapporti con la persona assistita e punto 4 – rapporti con colleghi/e e altri operatori.
- D.M. 24 aprile 2000 – Adozione progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN 1998 – 2000.
- D.L. n° 502 del 30 dicembre 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 Legge 23.10.1992 n° 421 e successive modifiche.
- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 – definizione dei livelli essenziali di assistenza.

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE STRANIERA

4.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'

PROCESSO: ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE STRANIERA

RESPONSABILITA'	ATTIVITA'	NOTE
OSTETRICA SALA TRAVAGLIO	ACCOGLIENZA PZ DA PS	NOTA 1
OSTETRICA SALA TRAVAGLIO / PERSONALE SALA TC / OSS	VERIFICA COMPrensIONE ITALIANO	NOTA 1
OSTETRICA SALA TRAVAGLIO / PERSONALE SALA TC	ATTIVAZIONE MEDIAZIONE CULTURALE	NOTA 1
OSTETRICA SALA TRAVAGLIO / PERSONALE SALA TC	SISTEMAZIONE PZ STANZA DI DEGENZA	NOTA 1
OSTETRICA SALA TRAVAGLIO / PERSONALE SALA TC	INIZIO PROCEDURE DI ASSISTENZA	NOTA 1
OSTETRICA SALA TRAVAGLIO / PERSONALE SALA TC	CEDAP	NOTA 1



5.0 MODALITA' OPERATIVE

La sempre maggiore caratterizzazione multi-etnica e multiculturale delle società occidentali fa sorgere in campo medico-assistenziale una riflessione che prende spunto dal confronto tra diverse culture mediche, tra differenti concezioni di salute e malattia. È necessario premettere che non tutte le donne straniere sono uguali, si differenziano in base alla provenienza e al relativo modello di famiglia. Bisogna distinguerle in base al progetto migratorio che le ha condotte in Italia. La situazione può essere molto diversa a seconda che abbiano una famiglia che le supporta, oppure siano sole o, invece, abbiano raggiunto il partner in Italia. Questa distinzione è importante per capire se dispongono di una rete relazionale allargata oppure vivano in famiglie nucleari poiché questo influisce anche sul modo di vivere la gravidanza.

Straniere e italiane hanno modi differenti di accedere al consultorio e all'ospedale: le prime portano i problemi della gravidanza, quelli personali e relativi all'ambiente e alla situazione, mentre le seconde si orientano prevalentemente verso il "percorso nascita": corsi pre parto, post parto, massaggio del bambino etc. Senza contare che i 'percorsi nascita' sono tarati sulla popolazione italiana e non solo per via della lingua che vi si parla, ma perché si riferiscono a problematiche spesso estranee alle immigrate. Queste ultime hanno necessità contingenti e possono dedicare poco tempo a "pensare" alla loro gravidanza perché devono trovare la forza per "viverla". La differenza sta nel tempo che le straniere non hanno: purtroppo non tutte possono godere dei permessi per i corsi pre parto e, spesso, nemmeno del congedo di maternità. Quando si vive in condizioni critiche, si cerca di tamponare le esigenze più urgenti, le priorità sono poche: la visita per capire se la gravidanza procede bene, l'utilizzo della contraccezione per evitare gli aborti ripetuti, la visita ginecologica per escludere eventuali infezioni. A tutto il resto, dai corsi pre parto e gli incontri mamma-bambino, non si può trovare lo spazio necessario.

1. La paziente arriva in sala parto dal pronto soccorso ostetrico accompagnata dall'operatore socio sanitario con la cartella ostetrica intestata e il foglio di ricovero

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE STRANIERA

2. l'operatore socio sanitario comunica all'ostetrica dedicata alla sala travaglio se la paziente parla o capisce la lingua italiana o se è accompagnata dal marito o da persona di sua fiducia in grado di farlo
3. Il medico compila la cartella ostetrica e spiega alla paziente quali procedure saranno attuate
4. l'ostetrica dedicata alla sala travaglio verifica che la paziente o chi l'accompagna riesca a comunicare con il personale sanitario
5. se necessario, la figura ostetrica o infermieristica che provvederà al ricovero chiamerà il mediatore culturale (generalmente disponibile tranne che durante il periodo notturno)
6. se la paziente non comprende la lingua italiana e non vi è nessuno in grado di aiutarla, il personale sanitario comunicherà con la paziente a gesti e sempre con un sorriso rassicurante o si farà aiutare nella comunicazione da un eventuale parente presente.
7. si invita la pz ad accomodarsi in stanza, a cambiarsi e indossare l'abbigliamento che ritiene più idoneo alla situazione
8. si posiziona il tracciato cardiocografico, facendo ascoltare il battito cardiaco fetale
9. Se le condizioni lo consentono, si attende l'arrivo del mediatore per il posizionamento dell'agocannula, l'esecuzione di eventuali prelievi ematochimici e/o infusione di farmaci.
10. Compilazione CEDAP.

Nella nostra struttura affluiscono pazienti di tutte le etnie, ognuna con i propri usi e costumi.

Agli inizi degli anni '80 si trattava di donne quasi esclusivamente filippine, poi un po' alla volta sono arrivate le donne magrebine, non come lavoratrici ma al seguito del marito. In seguito le cinesi, le nigeriane, le albanesi, le donne dall'Est Europa, e un po' da tutti i paesi asiatici, Pakistan, ecc...

Le donne filippine erano arrivate nel nostro paese come collaboratrici familiari, e parlavano l'italiano anche se in maniera limitata, non era e non è difficile confrontarsi con loro, in quanto si mostrano tranquille e non diffidenti. Durante il travaglio e il parto risultano

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE STRANIERA

essere silenziose, spesso il bambino viene poi mandato nel paese di origine e quindi viene scelto l'allattamento artificiale e non l'allattamento al seno.

ORIGINE MAGREBINA:

Sono donne che generalmente non parlano italiano, hanno una scarsa preparazione scolastica, alcune sono analfabete. Generalmente il marito è in grado di tradurre alla paziente ciò che il personale sanitario vuole comunicare. Raramente ci troviamo di fronte a donne integraliste, che non vogliono essere visitate da personale maschile. Nel limite delle possibilità, si cerca di accontentare la richiesta. Tali donne per la maggior parte arrivano già in travaglio, sono di difficile gestione in quanto manifestano molto il dolore del travaglio, utilizzano il movimento fisico per gestirlo, preferiscono partorire nel letto della sala travaglio o in posizione ginecologica. In genere richiedono la presenza del marito durante il parto, non gradiscono il bambino sulla pancia e solo una minima parte di loro attaccano il neonato al seno nelle prime ore dopo la nascita. Più aumenta la preparazione scolastica e culturale della donna, più accettano l'allattamento al seno fin dalle prime ore di vita del neonato. Generalmente gradiscono portare il velo come insegna la loro cultura. Quando il padre del bambino è presente in Italia, le donne giungono al primo appuntamento in consultorio sempre accompagnate dal marito. Solo dopo vari incontri con il consultorio e le operatrici vi tornano da sole o in compagnia di un'amica.

ORIGINE NIGERIANA:

la cultura incide molto nel modo in cui queste donne affrontano il travaglio e il parto. È frequente l'induzione al travaglio. Generalmente arrivano con il 118 nonostante siano la maggior parte delle volte ancora in fase prodromica. Sono donne molto sofferenti, utilizzano il grido come sfogo, è frequente l'utilizzo dello schiocco delle dita, amano sdraiarsi a terra, non gradiscono la visita ostetrica. Il personale medico e ostetrico cerca di adattarsi alle richieste della donna nella posizione di assistenza al travaglio e al parto, salvaguardando sempre il benessere fetale nonché quello materno. Difficilmente comprendono la necessità di un taglio cesareo, anche in situazioni di urgenza o emergenza, in quanto la loro cultura identifica tale tipo di parto come un insuccesso, e vedono il neonato come un essere debole, che viene emarginato dalla comunità. Non è

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE STRANIERA

rara quindi la creazione di conflitti con il personale medico. La coppia è in genere molto unita nell'avversità al taglio cesareo.

ORIGINE EST EUROPA:

Le donne dell'Est europeo hanno un sistema di vita più simile a quello italiano, spesso provengono da Paesi dove il modello familiare è simile al nostro e la medicalizzazione del parto è anche maggiore della nostra: le loro città hanno grandi ospedali nei quali è facile accedere per le visite durante la gravidanza, per le indagini prenatali e per il parto. Inoltre non hanno nessuna difficoltà a recarsi in strutture sanitarie: infatti, nei loro paesi d'origine il parto è ancora più medicalizzato rispetto alle nostre abitudini. E' l'etnia che ora è più presente nella nostra zona geografica, generalmente parlano e comprendono la lingua italiana, solo in pochi casi è il marito che si presta come traduttore. Il loro comportamento è simile a quello delle donne di origine italiana, sono informate e chiedono spesso la peridurale, non utilizzano molto il movimento fisico per il controllo del dolore e partoriscono generalmente nel lettino ginecologico.

ORIGINE CINESE:

generalmente arrivano già in travaglio di parto, sono donne che non esternano la sofferenza e il dolore delle contrazioni. Sono rare le pazienti che comprendono e parlano anche minimamente la lingua italiana, il personale medico e sanitario si avvale della presenza del mediatore culturale perché c'è grande difficoltà di comunicazione anche con il marito o i parenti della donna. La durata media del travaglio è inferiore rispetto alle altre donne di origine straniera, è inferiore anche la percentuale di tagli cesarei. Gradiscono bene tisane portate dai parenti come da loro tradizione. Durante il travaglio preferiscono rimanere a letto e partoriscono in posizione litotomica. Sanno già che dovranno separarsi dai loro bambini perché li rimanderanno nei paesi d'origine quando avranno raggiunto i 5-6 mesi di vita: in Italia non se ne possono occupare direttamente, specialmente se sono sole o se hanno orari di lavoro difficili. Tanto più che neppure le altre straniere del loro gruppo sociale possono dar loro un aiuto perché spesso sono nella loro medesima situazione. Preferiscono quindi inviare denaro al loro paese per organizzare l'assistenza necessaria ai loro bambini. Insomma, se la rete di solidarietà può consentire alla straniera

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE STRANIERA

di ambientarsi, non sempre le può garantire il sostegno alla maternità. Le neomamme possono utilizzare la solidarietà nel loro paese d'origine ma non quando si trovano all'estero. L'asilo nido non viene preso in considerazione: paradossalmente, lo vivono come un abbandono, mentre il figlio nel paese d'origine sarà accudito comunque da un familiare, anche se si tratterà di un parente non prossimo. Inoltre il nido presenta un'altra difficoltà: ci sono gli orari da rispettare e le immigrate non se lo possono permettere: perché il loro lavoro sia concorrenziale rispetto a quello delle italiane devono garantire la massima disponibilità e per questo sacrificano spesso gli affetti familiari.

ORIGINE MEDIO – ORIENTALE:

Sono rare le pazienti che comprendono e parlano anche minimamente la lingua italiana, ma in genere ci si può avvalere della figura del marito quale interprete. Generalmente sono in Italia da pochi mesi, e la gravidanza non viene monitorata regolarmente. È frequente il loro arrivo tramite 118.

Non utilizzano il movimento fisico per il contenimento del dolore durante il travaglio, difficilmente si alzano per usufruire del bagno, la voce è il mezzo che usano per esternare la sofferenza e il dolore. Gradiscono partorire in posizione litotomica. In questo gruppo etnico vi è una alta incidenza di taglio cesareo.

ORIGINE SUD AMERICANA

Le donne latino-americane gestiscono non solo gravidanza e maternità ma, più in generale, tutta la vita grazie a una rete di sostegno composta dalle donne della loro famiglia allargata. Questa abitudine alla solidarietà femminile, le straniere la portano in Italia dal loro paese. La figura principale nelle famiglie del Sud America è quella femminile. Molto spesso gli uomini non sono presenti. In buona parte dei casi le donne non sono neppure sposate, e se anche hanno figli non hanno una relazione stabile. La maggior parte delle cubane e delle brasiliane è arrivata in Italia perché ha sposato un uomo italiano, ma le ecuadoriane e le peruviane sono in buona parte sole, non hanno né marito né famiglia. Però, quando arrivano in Italia, per loro è già attiva una rete femminile di amiche e compaesane in grado di supportarle: è una catena femminile che riproduce quella del paese di provenienza e va dalle nonne alle nipoti. Ma non dobbiamo pensare all'insieme di

generazioni femminili sul modello italiano, perché molte straniere hanno il primo figlio anche a 14 anni e quindi le nonne possono avere anche solo 38 anni. Inoltre questa 'vicinanza anagrafica' facilita il passaggio di informazioni riguardanti la tradizione dei paesi d'origine. Sanno che dovranno separarsi dai loro bambini perché li rimanderanno nei paesi d'origine quando avranno raggiunto i 5-6 mesi di vita: in Italia non se ne possono occupare direttamente, specialmente se sono sole o se hanno orari di lavoro difficili. Tanto più che neppure le altre straniere del loro gruppo sociale possono dar loro un aiuto perché spesso sono nella loro medesima situazione. Sono già abituate al parto in ospedale: tuttavia ritengono eccessiva la presenza del medico rispetto all'ostetrica che, invece, nel loro paese d'origine ha un ruolo più indipendente. Molte sanno che in alcuni ospedali la posizione litotomica è obbligatoria. Anzi, a volte succede più di frequente nel loro paese che in Italia. Sanno anche che nei piccoli ospedali italiani è più facile chiedere di assumere la posizione che preferiscono. Quando è possibile, le immigrate vogliono avere accanto una persona amica durante il parto, quasi sempre un'altra donna. Difficilmente l'uomo assiste alla nascita del figlio perché il parto è considerato, da molte donne, di competenza esclusivamente femminile.

6.0 TEMPI DI ATTUAZIONE

La seguente procedura è stata sottoposta a revisione ed entra a vigore a partire dal 02/05/2010.

7.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione. The McGraw-Hill ed, 2006. Guana e altri.
- Compendio di ginecologia e ostetricia. 2006, Monduzzi Editore. Grella e altri
- Culture della nascita a confronto. M. Abrate, G. Comitini. AGE grafico – editoriale, 1996.

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE STRANIERA

- Donne immigrate in Italia: gravidanza e parto. C. Tonolli. Scuola di solidarietà AR.S.A.P., 2003.
- Committee opinion. ACOG, January 2009, number 425.
- Parental Care among Immigrant and Racial – Ethic Minority Women in a New Immigrant Destination: Exploring the Impact of Immigrant Legal Status. K. Korinek, University of Utah.
- http://www.ausl.re.it/HPH/Frontend/Home/DocumentViewer.aspx?document_id=799
- <http://www.ismu.org/file-download.php?id=815>
- http://xoomer.virgilio.it/sbajardi/cipolla_accoglienza.pdf
- <http://www.anthroposmagazine.com/sito/articolo.php?id=26>
- <http://metaricerca.cab.unipd.it:8332/V/F6UFQKH9S9JXX8CTB6>
- <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01443610410001722527>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>