



Crinali Cooperativa Sociale Onlus

## **Accoglienza, ascolto ed assistenza nel percorso riproduttivo delle donne straniere in ospedale Esperienza del Centro di salute e ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini**

(capitolo del libro “Atlante della mediazione linguistico culturale” a cura di Lorenzo Luatti Edizioni Franco Angeli, 2006)

*Graziella Sacchetti*, ginecologa, Cooperativa Crinali  
*M. Luisa Cattaneo*, psicologa e psicoterapeuta, Cooperativa Crinali

In questi ultimi dieci anni, la presenza delle donne immigrate nei nostri Servizi materno-infantili è notevolmente aumentata: se nel 1996 le donne straniere rappresentavano il 6% di tutti i ricoveri ostetrici della Regione Lombardia (dati SDO), nel 2004 esse rappresentavano il 18% e nei centri di grande immigrazione, come la città di Milano, nel 2005 un neonato su quattro è figlio di stranieri.

Ma quale impatto ha avuto da un lato l'utente straniera e dall'altro l'operatore italiano di fronte a questa sempre più numerosa popolazione che ha avuto accesso ai nostri Pronto Soccorso, quasi sempre in modo improprio? L'impatto è stato ed è sicuramente “faticoso” per l'operatore e “respingente” per l'utente: la maggior parte delle volte la domanda non corrisponde a una reale urgenza; l'operatore d'altro canto in Pronto Soccorso è di solito stressato da molte emergenze, con poco tempo per l'ascolto. La *paziente straniera* invece è sicuramente una paziente che per *problemi linguistici* richiede più tempo, che spesso rende difficile una diagnosi per *impossibilità di una anamnesi corretta* e che, di conseguenza, può avere *una terapia inadeguata*. Va spesso quindi a configurarsi una *situazione di conflitto* tra l'operatore che si sente incalzato dall'urgenza e non ha un atteggiamento accogliente e la paziente che non si sente ben curata e *perde fiducia* in quell'operatore e, a volte, anche nell'istituzione a cui si è rivolta.

Di fronte a questo tipo di situazione, un gruppo di operatrici e di operatori dell'Ospedale San Paolo e dell'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano hanno deciso di sperimentare un modello di organizzazione che *facilitasse da un lato l'accesso* delle donne straniere, sia regolari che non, a tutte le strutture sanitarie pubbliche durante il loro percorso riproduttivo e dall'altro mettesse *gli operatori italiani* in condizione di *capire, diagnosticare e curare meglio* queste pazienti.

Dal novembre 1999 presso due Ospedali di Milano, Ospedale San Carlo Borromeo e San Paolo, si sono aperti due Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini: questo progetto prevede la collaborazione di due Aziende Ospedaliere e di Crinali, una Cooperativa del privato sociale di Milano che si occupa di cooperazione, formazione e ricerca tra donne del Nord e del Sud del mondo. Gli obiettivi del progetto sono:

- favorire un accesso migliore alle donne straniere ai servizi materno-infantili dell'ospedale;
- rimuovere gli ostacoli linguistico culturali che impediscono la comunicazione ;
- accogliere una domanda globale di assistenza in quanto le donne straniere di solito non pongono solo una domanda di salute, ma spesso formulano una richiesta di aiuto per problemi sociali complessi come la casa e il lavoro;
- sviluppare una metodologia di mediazione culturale;
- sperimentare un modello organizzativo, che fosse riproducibile in altre strutture Ospedaliere.



Il Centro prevede un'équipe di operatrici con competenze diverse, che lavorano però in modo integrato; è stata fatta una scelta specifica di genere, tutte le operatrici sono donne, in quanto in molte culture altre, non solo quella musulmana, le donne preferiscono affidarsi per i problemi riguardanti la maternità e il corpo femminile in genere a personale sanitario femminile. L'équipe è formata da una ginecologa, un'ostetrica, una pediatra, un'assistente sociale, una psicologa; inoltre **sono sempre presenti alcune mediatrici linguistico culturali**, che provengono dai Paesi le cui donne più frequentemente accedono ai due Ospedali – arabe, filippine, cinesi, peruviane, ecuadoriane, rumene, albanesi. Il Centro è aperto tre mezze giornate alla settimana (due mattine e un pomeriggio), *l'accesso è libero*, almeno per la prima visita; in seguito, soprattutto per le visite in gravidanza, si fissa un appuntamento, da un lato per una *sopravvivenza* organizzativa degli operatori, ma dall'altro per far conoscere alla donna straniera il sistema da utilizzare per accedere alle nostre istituzioni sanitarie (quando non c'è un'emergenza bisogna fissare un appuntamento).

I servizi offerti dal Centro sono: accoglienza ed individuazione della domanda: questa *accoglienza*, che viene offerta a tutte coloro che si presentano al Centro, anche se è impossibile fare la visita ostetrica o ginecologica in quel giorno; servizio di mediazione linguistico culturale; visite ostetriche in gravidanza e in puerperio; ecografie di primo livello; visite ginecologiche; consulenze preconcezionali; visite e certificazioni per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194); visite pediatriche; colloqui sociali; colloqui psicologici individuali o di coppia; gruppi di preparazione alla nascita; gruppi di discussione su tematiche specifiche (mutilazioni genitali femminili - diritto di famiglia); invio ed eventuale accompagnamento ad altri servizi di secondo e terzo livello dell'Ospedale e a strutture territoriali (Consultori Familiari); traduzione di moduli e fogli informativi in alcune lingue straniere.

La metodologia di lavoro consiste nell'elaborare un approccio interculturale da parte di tutte le operatrici sanitarie, psicologiche e sociali e anche delle mediatrici linguistico culturali: questo prevede degli incontri di supervisione periodici con una esperta nel campo del lavoro interculturale con donne straniere in cui si discutono casi concreti o si affrontano in modo critico alcune modalità organizzative. Diversamente da quello che avviene in un ambulatorio normale ospedaliero, nel Centro le figure professionali sono presenti in contemporanea, quindi in realtà uno degli *aspetti innovativi* è il *lavoro interdisciplinare dell'équipe*, che normalmente non è utilizzato all'interno di un ospedale, anzi specifico dell'attività ospedaliera è l'invio a *ultraspecialisti* che si "passano" la paziente da uno all'altro, senza quasi mai parlarsi tra loro. Un altro aspetto innovativo del progetto è la *disponibilità del servizio di mediazione linguistico culturale*. Chi è la mediatrice linguistico culturale? E' una donna straniera, che proviene da Paesi in via di sviluppo, che ha nella sua storia un percorso migratorio elaborato, che conosce la lingua italiana e la lingua del Paese da cui proviene, che ha un titolo di studio superiore nel Paese d'origine e che è stata formata sia a livello teorico che pratico - in particolare le mediatrici culturali con cui lavoriamo hanno frequentato un corso biennale di 900 ore organizzato dall'Associazione Crinali. L'inserimento della mediatrice linguistico culturale in un contesto rigido e inflessibile come l'Ospedale non è sicuramente semplice; soprattutto la presenza di un *terzo* in un rapporto tradizionalmente *a due* come è quello tra medico e paziente può creare difficoltà e diffidenza – "ci vuole più tempo per la traduzione", "non sono sicuro che la mediatrice traduca tutto quello che la paziente ha detto"... e così via.

Un altro punto innovativo è la *continuità di assistenza della donna*, prima e dopo il parto: infatti il progetto prevede la costruzione di una *rete* funzionante con il Consultorio Familiare. Gli ambiti su cui sono in preparazione linee guida da applicare per le donne immigrate sono: la contraccezione dopo il parto e dopo una IVG, un percorso accompagnato dal Consultorio all'Ospedale per il parto (visita alla sala parto), un invio in rete dall'Ospedale a domicilio per un puerperio più protetto e con meno solitudine.

Un punto critico è l'acquisizione di un *atteggiamento* diverso, *interculturale o transculturale* degli operatori: in questo senso ha sicuramente valore la parte formativa specifica che è stata attivata con giornate e corsi di formazione sulla clinica transculturale, formazione comune sia con gli operatori del territorio sia con le mediatrici linguistico culturali.

E infine, la costruzione della *rete con il territorio* è più che un punto critico *una sfida*: la popolazione delle donne immigrate con i suoi bisogni "globali" di assistenza obbligano gli operatori a trovare

risposte integrate per tutte le donne e per tutte le famiglie che verranno ai nostri Servizi, di qualsiasi colore o lingua o provenienza siano.

### **Accogliere, ospitare**

Uno degli aspetti più peculiari della metodologia del lavoro al Centro con le famiglie immigrate è l'**accoglienza**, che viene data a tutte le donne, sole, con i loro bambini o con la loro famiglia, che si rivolgono a tale struttura.

Sul dizionario della lingua italiana la definizione del verbo "accogliere" è la seguente: "ricevere, per estensione ospitare".

Viviamo in un mondo che ha smarrito il senso dell'ospitalità e della ricchezza che sempre si accompagna alla fatica di accogliere il nuovo ospite che arriva.

Le citazioni che seguono sono tratte, la prima, dalla presentazione dello spettacolo *Le dernier caravan sérrail (Odyssées)*, *creazione collettiva del Théâtre du soleil*<sup>1</sup>, la seconda, dall'editoriale di Marie Rose Moro, Felicia Heinenreich, *La maigreur de l'hospitalité contemporaine*, entrambe trovate nel numero 12 della rivista "L'autre", anno 2003<sup>2</sup>, e ci sembrano rendere bene il clima culturale che stiamo vivendo oggi, in Italia ma anche in Europa, a proposito dell'ospitare i migranti che arrivano nei nostri paesi.

*"Chi stiamo diventando?" dicono coloro che hanno lasciato il loro nome, la loro famiglia, le loro radici molto lontano dietro di sé, che vengono chiamati "rifugiati", "clandestini", "sans-papier", "migranti" e che si chiamano fra loro, nobilmente, i "viaggiatori".*

*Essi vengono fatti viaggiare in modo brutale, "contenuti" in stive e camion, intrufolati alle frontiere, e non sanno dove e quando finirà questo viaggio pericoloso che li spinge di porto in costa e di porta in porta a misurare la miseria dell'ospitalità contemporanea. (...)*

*E noi, sistemati nei nostri paesi relativamente moderati, chi siamo noi? Loro simili? Loro testimoni? Loro nemici? Loro amici? Antichi viaggiatori che hanno dimenticato? O persone che il viaggio attende alla prossima curva?*

*"L'odissea individuale e collettiva di queste persone che domandano asilo e delle loro famiglie, quando riescono a ricostruirla almeno parzialmente, è senza dubbio una parte d'ombra di questo mondo moderno fragile e violento. Questi viaggiatori anonimi ci interrogano sulla nostra capacità di empatia e di ospitalità così come sulle nostre scelte collettive che concernono non solo lo statuto del rifugiato o anche dello straniero ma, ben al di là, concernono il tipo di società che si vuole costruire e il posto che in essa deve avere il legame con l'altro."*

Le modalità di accoglienza dell'altro per eccellenza che è lo straniero, presentano dunque almeno due versanti, significano molte cose non solo per chi viene accolto ma anche per chi accoglie.

Oggi per noi, che siamo improvvisamente diventati paese di immigrazione quando per molti anni siamo stati paese di migranti, accogliere degnamente e con rispetto chi arriva da altri mondi significa prima di tutto coltivare la speranza in un mondo di pace, in cui i legami sociali, i rapporti con gli altri siano centrali e rispettosi delle identità individuali e collettive, un mondo in cui valga anche per noi la pena di vivere.

### **L'accoglienza come aspetto della cultura professionale dell'équipe**

L'accoglienza nel Centro di salute e ascolto per le donne immigrate è un aspetto fondamentale della cultura professionale che lo caratterizza.

Già la costituzione tutta femminile della équipe è un tratto "accogliente" in quanto tiene conto e valorizza come positivo il fatto che per molte culture, ancora oggi, i temi della fertilità e della nascita sono appannaggio del gruppo delle donne.

Accoglienza nella relazione donna - operatrice significa inoltre ascolto attivo e rispetto per i punti di vista e la volontà della donna, segnati dalla sua cultura di origine.

---

<sup>1</sup> [www.theatre-du-soleil.fr](http://www.theatre-du-soleil.fr)

<sup>2</sup> la traduzione dal francese di entrambe le citazioni è a cura di chi scrive

Per stabilire una relazione così connotata con una donna straniera occorre che l'operatrice sia formata ad assumere un atteggiamento di decentramento culturale (Nathan 1993, Moro 1998). Il decentramento è un'attitudine profondamente diversa dalla cosiddetta tolleranza e anche dal relativismo culturale che si limita a constatare le differenze e a postularne un rispetto generico.

E' la capacità, che ogni terapeuta dovrebbe avere, di cogliere la logica intrinseca del racconto fatto dall'altro, proveniente da un paese diverso, e quindi portatore di universi simbolici e culturali differenti da quello del professionista; ciò significa partire da presupposto che sempre l'altro ha un suo sapere, proprie rappresentazioni circa se stesso e il suo stato di salute o malattia che non solo hanno dignità e valore tanto quanto quelle del medico, ma influiscono in ogni caso sulla relazione terapeutica. Spesso, per forza di cose, il professionista non ha le conoscenze sufficienti a decodificare il significato dell'atteggiamento o delle rappresentazioni del/della propria paziente; se assume però un atteggiamento di decentramento sa che il comportamento e la parola dell'altro hanno un senso, anche se esso non è immediatamente percepibile per lui/lei, è un significato che può essere costruito insieme, nella relazione.

Assumere un atteggiamento di decentramento non significa dunque per il medico rinunciare al proprio sapere o agli atti medici che ritiene necessari, significa piuttosto accettare di negoziare la cura e le modalità di assistenza con il/la propria paziente. Se per esempio una donna africana si rifiuta di partorire con taglio cesareo non si tratta per il medico di rinunciare a tale intervento se lo ritiene necessario, si tratta piuttosto di comprendere il significato che ha per la donna in questione l'intervento proposto e negoziare con lei il da farsi; può darsi che la donna tema per la sua fertilità futura, che metterebbe in questione la sua posizione sia nella relazione con il marito che all'interno della famiglia allargata; oppure potrebbe temere per la sicurezza del bambino che nascendo "male", non sarebbe sufficientemente protetto da influenze negative che potrebbero venire dal mondo dell'al di là o dall'invidia di qualcuno.

Accogliere l'altro significa in questa prospettiva immergersi in un processo di mediazione culturale per costruire relazioni terapeutiche in cui la cultura di entrambe i partner, medico e paziente, venga rispettata.

Anche il medico infatti possiede una cultura, che nei rapporti con i/le pazienti italiane rimane sullo sfondo del suo operare in quanto è condivisa.

Nella relazione con pazienti immigrati invece il sentimento di inquietudine che spesso il curante prova è legato all'emergere di quadri di riferimento culturali diversi dal proprio, per esempio rispetto alla gravidanza, al parto, al concetto di salute e di malattia; le donne immigrate hanno abitudini igieniche e alimentari diverse, una diversa concezione del neonato e delle cure ad esso necessarie. Questa diversità mette in discussione la neutralità del sapere medico e fa vacillare sicurezze che sembravano incrollabili, come per esempio la fiducia nella "bontà" universale dei protocolli di assistenza della gravidanza, piuttosto che in quelli di diagnosi prenatale. La fiducia del medico vacilla, per esempio, di fronte al fatto che molte donne immigrate spesso si presentano ai controlli medici in uno stadio più avanzato della gravidanza rispetto a quello che "dovrebbero", o non fanno tutti gli esami che vengono loro prescritti, o vengono troppo spesso dal medico per il minimo dolore, nonostante le rassicurazioni ripetute del ginecologo; a volte le donne immigrate hanno un rapporto di diffidenza rispetto all'idea stessa di diagnosi prenatale per motivi culturali e/o religiosi, non vogliono partorire con il taglio cesareo, mostrano una subalternità all'autorità del marito "eccessiva" ecc. Sono inoltre portatrici di culture diverse fra loro e la relazione che funziona con una donna araba non va necessariamente bene con una donna cinese.

Per far fronte all'inquietudine, a volte all'angoscia, che l'incontro con l'alterità provoca, una reazione possibile da parte del medico è quella di negare la diversità, di dire che tutte le pazienti per lui/per lei sono uguali, che la scientificità del sapere medico non può in nessun modo essere messa in discussione da approcci culturali diversi, ridotti spesso a superstizione, arretratezza, ignoranza.

È una reazione molto diffusa fra il personale sanitario, che è speculare all'atteggiamento di rifiuto di alcuni migranti rispetto alla cultura della società di accoglienza. Quando ciascuno si arrocca sulle proprie rappresentazioni culturali per evitare l'insicurezza che l'incontro comporta, l'efficacia dell'assistenza sanitaria viene compromessa.

A partire da queste considerazioni il Centro di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini è nato dunque, come si accennava sopra, come luogo in cui praticare in una dimensione

collettiva, di équipe, un approccio di accoglienza, di decentramento culturale, di co-costruzione dell'assistenza, nella convinzione che esso sia condizione necessaria per garantirne l'efficacia.

**Ciò significa per tutte le professioniste dell'équipe immergersi in un processo di formazione permanente, mirato ad acquisire le capacità necessarie a gestire la complessità e la ricchezza che caratterizza la relazione con le donne e le famiglie che provengono da altri mondi.**

### ***Le mediatrici linguistico culturali come strumento fondamentale dell'accoglienza***

Da quanto detto fin qui credo emerga chiaramente come i processi di mediazione culturale siano processi complessi, che implicano direttamente la posizione e l'atteggiamento del personale curante, e l'organizzazione del servizio. In nessun caso si può ridurre un processo di mediazione culturale all'introduzione in un servizio della figura della mediatrice linguistico culturale, quando questo è accaduto si è sempre andati incontro a insuccessi dolorosi per tutti gli attori in gioco.

La mediatrice linguistico culturale risulta essere una presenza preziosa che agevola la relazione curante-paziente immigrato/a quando tutto il servizio è disponibile a riorganizzarsi, se pur parzialmente e compatibilmente con i propri vincoli istituzionali ed economici, per accogliere con un atteggiamento di attenzione alla diversità culturale il nuovo tipo di utenza.

In questa logica nel Centro di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini sono state inserite mediatrici culturali di diversa provenienza; esse sono presenti a fianco delle professioniste italiane in tutte le prestazioni offerte: visite ginecologiche ed ostetriche, corsi di accompagnamento alla nascita, visite pediatriche, colloqui sociali e psicologici, percorso pre e post IVG, colloqui di accoglienza.

La loro presenza permette in primo luogo di superare le barriere linguistiche spesso insormontabili in loro assenza; creare le condizioni che permettono alla donna di farsi comprendere e di comprendere le parole delle operatrici è premessa indispensabile per parlare di accoglienza.

Quando queste condizioni non ci sono (ed è la situazione della maggior parte dei servizi socio-sanitari- psicologici) è il diritto all'assistenza che viene compromesso.

La presenza nell'équipe di una professionista immigrata rompe inoltre la coincidenza fra essere curante ed essere italiana ed essere curata e straniera, che accentua e connota culturalmente l'asimmetria insita comunque nella relazione terapeutica. Questo favorisce immediatamente un atteggiamento di fiducia nel Centro da parte delle donne, che arrivano spesso spaventate e diffidenti, magari sfiduciate per precedenti esperienze negative fatte nel contatto con altri servizi.

Le mediatrici svolgono inoltre attività di mediazione culturale, intendendo per mediazione culturale un processo attraverso il quale la mediatrice chiarifica, contestualizzandoli nella cultura d'origine, il significato di comportamenti e comunicazioni dell'utenza straniera alle operatrici italiane; viceversa chiarisce alle donne e alle famiglie straniere che accedono al Centro la logica culturale e organizzativa propria del servizio e dell'ospedale, nell'intento di facilitare il più possibile la comprensione e la fiducia reciproca fra le attrici della scena terapeutica.

Fare la mediatrice culturale significa dunque svolgere una professione che ha al centro le capacità di comunicazione e relazione, ma con la specifica caratteristica di trovarsi nella posizione di terzo in situazioni di comunicazione a tre (utente-mediatrice-operatrice).

La mediatrice linguistico culturale è nel servizio per facilitare e rendere possibile la comunicazione tra operatrice e utente, non è partigiana né dell'una né dell'altra, presidia la possibilità di una relazione rispettosa della soggettività di entrambe. Per fare questo è indispensabile la capacità di decentrare continuamente il proprio punto di vista; e questo è uno degli aspetti più delicati e difficili nell'esperienza delle mediatrici.

### ***Accesso libero e colloquio di accoglienza***

La cultura dell'accoglienza che quotidianamente viene praticata nel Centro, non senza difficoltà, con momenti di fatica e di scoraggiamento, trova uno dei suoi momenti topici nell'accesso libero e nel colloquio di accoglienza.

Abbiamo voluto un libero accesso per facilitare le donne straniere, soprattutto quelle di recente immigrazione, e quelle, numerosissime nonostante gli anni di permanenza sul nostro territorio, che

non conoscono la lingua italiana, nell'usufruire dell'assistenza socio-sanitaria in momenti così delicati nella vita di tutte le donne come una gravidanza, la scelta di un contraccettivo, un conflitto di coppia, ecc.

Per queste donne, telefonare per prendere un appuntamento è quasi sempre una barriera insormontabile.

A tutte viene garantito che verranno ascoltate, a tutte verranno date informazioni dettagliate sul funzionamento del Centro, sulle prestazioni offerte, eventualmente sulla rete di servizi esistenti sul territorio di cui possono usufruire, sull'organizzazione dell'Ospedale. Se esiste disponibilità verrà data loro la prestazione richiesta in giornata, altrimenti si fisserà loro un appuntamento in altra data.

Tutto ciò viene fatto nel colloquio di accoglienza, garantito a tutte le donne che accedono per la prima volta; questo è condotto da un'operatrice italiana, responsabile nella giornata, dell'accoglienza (può essere l'ostetrica, l'assistente sociale, o la psicologa), affiancata da una mediatrice culturale.

In questo incontro la donna viene ascoltata per comprendere il motivo che l'ha spinto a rivolgersi al Centro e la sua richiesta; le viene contemporaneamente spiegato il funzionamento del Centro e della rete dei servizi. (vedi sopra)

Si cerca di stabilire un clima di fiducia all'interno del quale sia possibile per la donna raccontarsi nella misura in cui lo desidera, dando la possibilità alle operatrici di comprendere meglio i suoi bisogni e organizzare una risposta adeguata. Le si chiede inoltre se si trova in una situazione di regolarità rispetto alle leggi che regolano il soggiorno dei cittadini stranieri nel nostro paese oppure no. Nel secondo caso le si spiegano i suoi diritti in campo sanitario e la si aiuta a regolarizzare per quanto possibile la sua posizione rispetto al sistema sanitario italiano.

Nei casi particolarmente complessi, quando per esempio la signora non possiede nessun documento di identità o passaporto, le si propone un colloquio successivo con l'assistente sociale del Centro per capire che cosa sia meglio fare, al di là di quella che può essere la sua richiesta iniziale.

Spesso inoltre, nel primo incontro, oltre a una richiesta che quasi sempre è inizialmente sanitaria, emergono altre problematiche che possono riguardare relazioni familiari conflittuali, momenti di depressione e/o di ansia legate alla situazione migratoria. Questa infatti comporta lontananza dalla famiglia di origine, solitudine qui in Italia dove la donna è magari arrivata da pochi mesi e non conosce ancora nessuno, sentimenti fortemente ambivalenti rispetto ad una gravidanza voluta ma vissuta in queste condizioni di isolamento, problemi di alimentazione, perdita dell'alloggio e di ogni fonte di sostentamento a causa di una rottura con il proprio partner ecc.

In base a quanto emerge dal colloquio viene proposto alla donna la possibilità di fare insieme un progetto di accompagnamento e/o sostegno; si ascoltano le reazioni della donna, le sue perplessità, le sue controproposte, insomma si comincia un processo di negoziazione all'interno di una comunicazione in cui le individualità e le culture di tutte le attrici presenti vengano tenute in considerazione e rispettate. E' possibile che per fare questo progetto ci voglia un altro incontro o anche più di uno. Esso può prevedere una visita ostetrica o ginecologica o pediatrica, un colloquio con l'assistente sociale, piuttosto che con la psicologa o una consultazione congiunta con più figure professionali insieme, una collaborazione con altri servizi del territorio con i quali il Centro ha costruito in questi anni una rete.

Questo rimanda a un aspetto del lavoro del Centro, fondamentale nell'accoglienza: l'approccio alla persona nella sua interezza, piuttosto che al sintomo o al problema isolato dal contesto dell'esperienza personale.

L'équipe del Centro è composta infatti da molte professionalità: ginecologa, ostetrica, pediatra, psicologa, assistente sociale, mediatrice linguistico culturale di diversa provenienza.

Pensiamo che questa composizione non sia così abituale in un contesto ospedaliero, la cui organizzazione è basata sulla massima specializzazione e divisione delle competenze professionali, in un approccio, proprio della medicina occidentale, che separa il corpo dalla mente e segmenta il corpo in apparati e componenti.

Lavorare insieme, mettere a disposizione dell'équipe non solo le proprie competenze ma la propria visione del problema, per fare un progetto comune di accompagnamento e/o sostegno condiviso con la donna, è stato e continua ad essere per ognuna di noi un grande stimolo, che ci permette di condividere culture professionali differenti e normalmente separate. Dobbiamo ringraziare le

donne straniere e le loro famiglie per averci offerto l'occasione di rendere interculturale anche in questo senso il nostro lavoro, permettendoci di ampliare la nostra visione a vantaggio anche delle utenti italiane.

Le donne immigrate colgono molto chiaramente questo aspetto di ascolto globale, e il Centro in questo processo si costituisce molte volte come punto di riferimento materiale e simbolico; spesso le donne lo dicono chiaramente, e, magari superato il momento di difficoltà, esprimono il loro apprezzamento per un luogo in cui altre donne le hanno accolte e ascoltate, prima di poterle curare o assistere.

## BIBLIOGRAFIA

- Crinali, A. O. San Carlo Borromeo e A. O. San Paolo, ASL Città di Milano, *Donne e Famiglie Immigrate Integrazione e nuovi modelli di assistenza*, Atti del Convegno, Milano 30 Maggio 2001
- Nathan T., *Principi di etnopsicanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996
- Moro M.R: *Genitori in esilio*, Milano, Cortina, 2002
- Moro MR., *Bambini di qui venuti da altrove*, Milano, FrancoAngeli, 2005
- Cattaneo M.L., dal Verme S., *Donne e madri nella migrazione - Prospettive transculturali e di genere*, Milano, UNICOPLI, 2005
- Beneduce R., *Frontiere dell'identità e della memoria*, Milano, FrancoAngeli, 1996
- Bestetti G. (a cura di), *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici del settore materno-infantile, donne immigrate*, Milano, FrancoAngeli, 2000
- Balsamo F. (a cura di), *Da una sponda all'altra del mediterraneo. Donne immigrate e maternità*, Torino, L'Harmattan Italia, 1997
- Crinali, *Professione Mediatrice Culturale- Un'esperienza di formazione nel settore materno infantile*, Milano, FrancoAngeli, 2001