



Crinali Cooperativa Sociale Onlus

## **Una rete di servizi sperimentali per le donne migranti e loro famiglie ispirati alla clinica transculturale**

M. Luisa Cattaneo, psicologa e psicoterapeuta, Cooperativa CRINALI

Scrivendo per *Métisse* desideriamo in primo luogo far conoscere il nostro lavoro, nella speranza di poterlo confrontare e discutere con altre équipes che fanno parte dell'AIEP al fine di avanzare insieme nella grande avventura di rendere i nostri servizi e quindi i nostri paesi più accoglienti e rispettosi dei diritti dei migranti. Siamo convinte infatti che questa sia l'unica strada percorribile per contrastare la nascita di nuovi conflitti e nuove guerre fra i popoli del mondo.

Siamo un gruppo di professioniste italiane e immigrate da vari paesi che da più di un decennio lavorano insieme nel campo dell'assistenza alle donne migranti e alle loro famiglie nel territorio della città di Milano e della sua provincia; abbiamo costituito una cooperativa sociale che si chiama *Crinali Donne per un mondo nuovo* a rl onlus. Tra noi ci sono ginecologhe, ostetriche, psicologhe e psicoterapeute, formatrici, mediatrici linguistico culturali .

E' oramai più di un decennio che il nostro gruppo è impegnato a costruire una collaborazione con il servizio sanitario nazionale nel campo della salute materno-infantile al fine di sollecitare le istituzioni pubbliche a rinnovare il loro modo di assistere i nuovi utenti costituiti dalle donne immigrate e dalle loro famiglie, tenendo conto della dimensione culturale insita nei processi diagnostici e di cura.

Abbiamo costruito nel tempo uno alla volta una serie di luoghi di assistenza, cura e prevenzione all'interno dei servizi pubblici (ASL e Ospedali) che possono essere individuati oggi come una rete coerente, anche se molto limitata rispetto ai bisogni emergenti, in cui chi lavora utilizza un discorso comune che ha due coordinate: l'attenzione alla differenza culturale e a quella di genere, viste come risorsa nella relazione terapeutica.

Un riferimento comune per leggere e considerare le differenze culturali nel campo dell'assistenza e della cura è quello della etnopsichiatria, con particolare attenzione al lavoro di M. Rose Moro e della sua équipe.

Vorrei ricostruire brevemente il nostro percorso per dare una idea del processo che come gruppo di professioniste abbiamo attraversato, dei risultati raggiunti che hanno molti aspetti positivi e molti interrogativi aperti.

### **Le tappe del nostro lavoro**

Abbiamo realizzato le seguenti iniziative:

- Corso per mediatrici linguistico culturali (MLC) da inserire nei consultori familiari e nei reparti di ostetricia e ginecologia (progetto europeo transnazionale di tre anni - 1996/1999).
- Dal 1999 inserimento di mediatrici linguistico culturali nei consultori familiari di Milano (12 su 19) e in alcuni della provincia (ASL2) in collaborazione con l'ASL, secondo un modello organizzativo che vede la MLC presente in modo fisso una o due volte alla settimana, la



Corso di Porta Nuova, 32 – 20121 Milano – tel 02-62690932 fax 02-45475919  
E-mail [info@coopcrinali.it](mailto:info@coopcrinali.it) [www.crinali.org](http://www.crinali.org) - C.F./P. IVA 03457030967 Albo Coop. A138526

concentrazione degli appuntamenti delle donne immigrate nel giorno di presenza della mediatrice, un rapporto del servizio e delle operatrici basato sull'accoglienza, e la valorizzazione delle differenze culturali e di genere nella relazione terapeutica.

- Dal 2000 collaborazione con due aziende ospedaliere per l'apertura dei Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini negli ospedali milanesi San Paolo e San Carlo Borromeo con una équipe multiprofessionale che vede presenti le figure della ginecologa, ostetrica, pediatra, messe a disposizione dalle aziende ospedaliere, assistente sociale, psicologa, e di un gruppo di mediatrici linguistiche culturali di diversa provenienza e di diverse lingue, messi a disposizione dalla Cooperativa Crinali; i Centri sono aperti tre mezzogiornate alla settimana, e hanno una organizzazione del lavoro studiata per facilitare l'accesso e la fruizione delle donne migranti e delle loro famiglie (accesso diretto, attenzione al momento dell'accoglienza, possibilità di consultazioni congiunte con la presenza contemporanea nel colloquio di più figure professionali, lavoro di rete dentro e fuori l'ospedale, formazione comune a tutta l'équipe, ecc).
- Dal 2003 apertura di un Servizio sperimentale di clinica transculturale per i minori migranti e le loro famiglie di cui parlerò più diffusamente più avanti.
- Dal 2006 sperimentazione di nuove modalità di assessment con presenza fissa di mediatrici linguistiche culturali in alcune UONPIA (Unità di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) e CPBA (Centri di psicologia dell'infanzia e dell'adolescenza) di Milano in collegamento con il Servizio di clinica transculturale; il progetto ha come obiettivo studiare insieme con gli operatori/operatrici dei servizi coinvolti modalità di assessment che tengano conto delle differenze culturali e linguistiche, per evitare il rischio di utilizzare come strumenti universalmente validi gli strumenti di valutazione e di diagnosi che abitualmente vengono usati nei nostri servizi per i bambini e gli adolescenti. E' un'attività in stretta connessione con quella del Servizio di clinica transculturale descritta sopra.

Nello sviluppare i vari servizi abbiamo seguito da un lato la domanda che via via è arrivata dalle donne, che dapprima hanno cominciato a usare i consultori familiari, gli ambulatori ginecologici e ostetrici degli ospedali, i reparti di maternità per poi domandare aiuto per i loro figli in difficoltà nell'inserimento nella scuola, nell'apprendimento del bilinguismo, nel vivere i processi relazionali e psichici dei ricongiungimenti familiari; dall'altro la sollecitazione delle operatrici/operatori dei servizi per i minori (CPBA e UONPIA) sempre più investiti dalla domanda spontanea o su segnalazione delle scuole e del Tribunale per i minorenni (gli UTM-Unità tutela minori) delle famiglie migranti per i loro figli, e nella necessità di aggiornare i propri strumenti di intervento sia diagnostico che di presa in carico per adeguarlo alla realtà multiculturale della loro nuova utenza.

E' nato così un percorso possibile per le donne migranti, i loro figli e la loro famiglia: dal consultorio, all'ospedale e viceversa, al Servizio di clinica transculturale per problematiche legate alle relazioni con i figli e familiari, anche nei confronti di un'altra istituzione fondamentale come la scuola, all'utilizzo dei servizi psicologici e sociali per i minori.

E' un percorso che ha molte potenzialità di prevenzione nel campo della salute riproduttiva, del disagio familiare e dei minori, che può essere sviluppato con vantaggio per le persone e risparmio su medio periodo per le istituzioni, a patto che si voglia investire su di esso in risorse umane ed economiche nell'immediato.

In questi anni abbiamo accompagnato le attività cliniche con un processo costante di formazione alla clinica transculturale che ha coinvolto non solo l'équipe di Crinali ma le operatrici/operatori dei servizi per le donne e per i minori che fanno parte del Servizio Sanitario Nazionale (i consultori familiari, i centri di psicologia per i bambini e gli adolescenti, le unità operative di neuropsichiatria infantile, i reparti di ostetricia e ginecologia di alcuni ospedali pubblici). Parecchie centinaia di operatrici/operatori di Milano e Provincia sono stati coinvolti nelle numerose iniziative di

formazione che abbiamo sviluppato, con il coinvolgimento diretto in molte occasione dell'équipe di M. Rose Moro.

### **Fili comuni al lavoro nei diversi servizi**

#### ***Riferimento alla clinica transculturale***

Nel nostro lavoro ci siamo accorte molto presto di aver bisogno di riferimenti teorici e clinici ulteriori rispetto al quelli che abitualmente usavamo, ciascuna per la propria professione, che ci permettessero di comprendere meglio le differenze culturali di cui le nostre nuove utenti erano portatrici, e di utilizzarle nella relazione di cura, sia essa medica, psicologica o di presa in carico sociale.

Abbiamo individuato nell'approccio dell'etnopsichiatria francese, con particolare riferimento alla declinazione che ne fa M. Rose Moro e la sua équipe, un indispensabile riferimento; ci siamo formate in diversi momenti e con differenti modalità nel corso di questi anni a questo approccio, tentando di applicarlo in modo creativo alle nostre realtà, molto diverse da quella francese, sia nel campo della cura che nel campo della prevenzione.

Non è questa la sede per descrivere tutte le implicazioni sul nostro agire di questa formazione. Vogliamo segnalare solo alcune che ci sembrano di particolare rilievo:

- un'attenzione costante alle rappresentazioni culturali implicite insite nei comportamenti e nei discorsi delle nostre utenti, e contemporaneamente nei nostri atti terapeutici, nei nostri interventi tecnici, nei nostri protocolli di accompagnamento alla nascita, di presa in carico sociale e psicologica, ecc., per niente neutri sul piano culturale.  
Ne deriva un atteggiamento di ricerca che cerchi di rendere il più possibili esplicite le rappresentazioni culturali insite nel nostro agire e del loro impatto nella relazione terapeutica, per sviluppare un pensiero critico su di noi che ci permetta di sviluppare sempre di più un'attitudine al decentramento nella relazione con pazienti provenienti da altre culture.
- attitudine al decentramento culturale
- attenzione al proprio contro-transfert culturale, intendo con questo termine tutte le reazioni cognitive ed emotive del clinico all'alterità culturale insita nel racconto e/o nei sintomi del suo paziente.

#### ***Attenzione alla dimensione di genere***

Curare le donne migranti e le loro famiglie necessita però di altri registri affinché le questioni specifiche sollevate possano essere capite e approcci clinici sempre più efficaci possano essere trovati.

L'analisi della dimensione di genere nelle problematiche di salute fisica e psichica delle donne siano esse autoctone o immigrate, e nelle pratiche delle operatrici-operatori sanitari, psicologici, sociali è particolarmente difficile perché rimanda a difficoltà teoriche nell'inquadramento di questa dimensione in campo filosofico, antropologico, psicologico e medico.

Questa difficoltà a tener conto della dimensione di genere nell'approccio ai problemi di salute delle donne rimanda da un lato alla "parte mancante" della medicina (A. Zempleni, R. Beneduce), che ha operato una separazione fra la dimensione sociale e quella biologica dell'essere umano. Da questa separazione nasce il fastidio del discorso medico e spesso anche di quello psicologico rispetto alla dimensione sociale e culturale della salute e della malattia.

Esiste inoltre una particolare difficoltà ad analizzare la questione della disegualianza tra donne e uomini, perché è complessa e profondamente radicata in ognuno, mancano le categorie per pensarla, siamo talmente abituati a concepire i rapporti fra i sessi in termini di differenze "naturali" che sfugge il fatto che siano una costruzione culturale e siano caratterizzati nella quasi totalità delle

culture da una forte dissimetria, all'interno della quale le differenze delle donne sono considerate inferiorità. (Nahoum Grappe, F. Hétié, Bourdieu, Lacoste du Jardin, ecc.).

E' storia di questi ultimi cinquant'anni la progressiva presa di parola delle donne di tutto il mondo sulla propria condizione, e l'affermarsi sullo scenario mondiale della soggettività femminile che contesta la pretesa della soggettività maschile di ergersi a universale e unica forma della soggettività umana.

E' in atto nel mondo un processo di ridefinizione dei rapporti fra i sessi e delle identità di genere maschile e femminile. E' un processo che passa, a volte anche drammaticamente e con violenza, attraverso il conflitto (vedi le vicende delle donne algerine, afgane, palestinesi, irachene), e verte sullo statuto personale della donna nelle diverse società in relazione allo statuto dell'uomo e ai rapporti di potere fra i due. Tutte le società attuali sono attraversate dal conflitto fra i sessi, com'è risultato evidente nella conferenza mondiale di Pechino del 1995 organizzata dall'Onu.

In questo processo le donne appartenenti alle differenti culture declinano diversamente la loro ricerca di nuove identità e nuove condizioni di vita; il conflitto fra i sessi presenta quindi aspetti sociali, aspetti culturali e aspetti psicologici individuali.

E' in un contesto sociale, culturale e politico così caratterizzato che si sviluppano le storie delle singole donne nel Nord e nel Sud del mondo, a Est e a Ovest.

Le donne che intraprendono, per svariati motivi, un'avventura di migrazione nel nostro Paese sono donne coraggiose, a volte disperate. Provengono da Paesi in cui la necessità di cambiare i rapporti di potere uomo-donna è sicuramente stata posta pubblicamente in qualche modo. Tutte le donne immigrate che abbiamo incontrato in questi anni nella nostra pratica clinica aspiravano, con modalità diversissime e assolutamente individuali, esplicitamente o implicitamente, attraverso le parole e/o i sintomi, a uno statuto di essere umano dotato di diritti e libertà; tale desiderio, nella maggior parte dei casi, è in contraddizione con i modelli tradizionali della loro cultura d'origine. L'essere in conflitto con la propria cultura e avere con essa rapporti complessi e ambivalenti non è del resto patrimonio delle donne immigrate, ma condizione comune delle donne di tutto il mondo. Le donne non solo nascono in una data cultura, ma costantemente la reinventano e la trasformano. Beneduce (1998) ricorda che l'esperienza soggettiva è una delle strategie più comuni attraverso le quali si riflette criticamente sui pattern culturali favorendone una loro minuta ma incessante trasformazione.

La migrazione però rende più complesso, a volte drammatico, questo conflitto e più difficile la sua elaborazione. Da un lato, infatti, il Paese ospitante propone alle donne modelli d'identificazione più consoni alle loro aspirazioni di uguaglianza e libertà; d'altra parte mettere in discussione in terra straniera la propria cultura in modo così profondo, su questioni così importanti, che costituiscono le fondamenta occultate delle organizzazioni sociali, come il rapporto di potere tra uomini e donne, la propria identità di madre e donna, il modello di famiglia, può prendere il sapore del tradimento in favore della cultura del Paese d'accoglienza, e suscitare sensi di colpa e ansietà. Diventa più difficile conciliare le proprie aspirazioni d'autonomia, germogliate quasi sempre al Paese, con il desiderio/necessità di mantenere legami con la propria cultura d'origine, soprattutto in momenti di così grande vulnerabilità per tutte le donne come quelle legate ai processi riproduttivi.

La critica ai principi della tradizione può tradursi in opportunità nuove, ma può comportare molta sofferenza a livello della propria organizzazione psichica.

Nella scelta stessa della migrazione, a volte, c'è l'espressione di una presa di distanza dai valori tradizionali e dalle regole sociali rispetto all'essere donne del Paese d'origine.

Occorre tener conto della specificità dell'esperienza delle donne migranti nella presa in carico terapeutica rispettando la pluralità delle scelte di ciascuna, evitando il doppio rischio di sollecitarne l'assimilazione o di riproporre come via per la guarigione il ritorno a un ruolo e a un'immagine tradizionali.

I percorsi accidentati delle donne che incontriamo dimostrano, a volte anche attraverso la sofferenza e la malattia, come le donne migranti cerchino con creatività e passione percorsi alternativi che

permettano loro di crescere in potere e autonomia pur mantenendo i legami con la loro cultura e le loro famiglie.

Riteniamo che, per aiutare queste donne a scampare all'alternativa mortifera fra l'essere fedeli alla propria cultura e subalterne, o emancipate ma occidentalizzate e traditrici, alternativa di cui parla anche Moro, sia fondamentale che i curanti interrogino se stessi e i loro strumenti interpretativi su queste questioni, che hanno a che fare con le differenze di genere e i conflitti fra i sessi.

E' quello che cerchiamo di fare nel nostro operare quotidiano nei diversi servizi nominati sopra; nella nostra esperienza è questo un processo di gruppo che nessuno/a può fare isolatamente. Sono state importantissime per noi in questi anni gli incontri di supervisione, discussione di casi, riunioni di équipe.

### ***Approccio multiprofessionale/ lavoro di gruppo/ centralità dell'équipe***

Nel nostro lavoro una caratteristica comune è la metodologia di approccio multiprofessionale, che nasce dalla convinzione che le donne e le famiglie migranti necessitino di un approccio che tenga conto della dimensione sanitaria, sociale e psicologica delle problematiche che esse portano.

In verità una metodologia del genere pensiamo andrebbe bene anche per le donne italiane. Molto spesso le donne individuano il medico o la figura sanitaria presente come primo referente a cui portano contemporaneamente il malessere o la domanda sanitaria, il bisogno sociale, la sofferenza relazionale e psichica. Lavorare insieme con una metodologia comune diventa quindi indispensabile per dare risposte adeguate alle richieste dell'utenza. Il lavorare insieme è molto facilitato e incrementato da una formazione comune delle operatrici/operatori, comprese le mediatrici linguistico culturali che nella nostra esperienza sono operatrici come le altre. In ogni progetto prevediamo momenti di formazione continua e di supervisione.

### ***Sperimentazione di nuove modalità organizzative nei servizi pubblici deputati piuttosto che servizi separati***

Siamo convinte che i servizi pubblici si debbano attrezzare e debbano cambiare per rispondere alle esigenze di una utenza in cambiamento, che diventa sempre più multietnica e multiculturale. Pensiamo che la funzione di una cooperativa come la nostra, del privato sociale, abbia come compito, nella situazione attuale, quello di sollecitare le istituzioni al cambiamento, portando in esse, attraverso una collaborazione comune, nuovi stimoli sul piano clinico, organizzativo, di formazione delle operatrici/operatori.

### ***Centralità della figura della mediatrice linguistico culturale***

In tutti i nostri progetti è prevista la presenza di MLC; abbiamo un modello organizzativo che cerca di contrastare la modalità più diffusa di utilizzo della mediazione linguistico culturale, che è quella di chiamarla al bisogno; la nostra idea è che la MLC serve prima di tutto al servizio, che il suo inserimento si debba accompagnare sempre a una modifica dell'organizzazione del servizio stesso nell'erogare le sue prestazioni, in modo da massimizzare i vantaggi della sua presenza, e minimizzarne i rischi. Da quanto detto fin qui credo che appaia chiaramente come la mediazione linguistico culturale come noi la intendiamo sia un processo complesso, comunicativo, relazionale, organizzativo che coinvolge a tutti i livelli - comportamentale, cognitivo, emotivo- le persone in esso implicate, siano esse utenti immigrate, operatrici italiane, mediatrici linguistico culturali, dirigenti dei servizi. Tale processo non può essere ridotto all'utilizzo della mediatrice culturale quando serve.

### ***Continuità nella precarietà***

I servizi che abbiamo attivato, in collaborazione stretta con le istituzioni competenti, hanno fino a ora mantenuto una loro continuità, pur nella precarietà costante in cui vivono. E' questa continuità

che ci ha permesso di sperimentare la costruzione di un piccolo "sistema" di servizi che operano effettivamente in rete.

### **Il Servizio di clinica transculturale per i bambini, gli adolescenti migranti e le loro famiglie**

Come ho ricordato sopra dal 2003 abbiamo aperto a Milano e provincia un Servizio di clinica transculturale per i bambini, gli adolescenti migranti e le loro famiglie, ispirandoci all'esperienza delle consultazioni transculturali con le famiglie migranti del Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent diretto da M. Rose Moro a Bobigny (Paris).

I due servizi sono aperti due mezzogiornate la settimana (a Milano il mercoledì pomeriggio, e in provincia di Milano il giovedì pomeriggio), sono stati progettati e aperti in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale (ASL Città di Milano e ASL Provincia di Milano Due) e funzionano nella sede di un consultorio familiare a Milano e nelle sedi messe a disposizione dei Comuni di Pioltello e San Donato. Sono finanziati con fondi nazionali e regionali destinati all'emigrazione che vengono rinnovati annualmente su presentazione di un progetto.

All'interno del questo servizio vengono offerte le seguenti prestazioni:

a) consulenza alle operatrici/operatori su casi da essi seguiti. Le operatrici/ori possono venire cioè a discutere con l'équipe che gestisce il Servizio di clinica transculturale di casi che stanno trattando, per confrontarsi sulle difficoltà che incontrano, allargare le loro rappresentazioni del caso attraverso un ampliamento di visuale che comprenda anche la dimensione culturale delle questioni sul tappeto, avere un parere sulle strategie da seguire. A seguito di questa consulenza si può decidere che il caso continui a essere seguito solamente dall'operatrice/operatore che ha domandato la consulenza, oppure che potrebbe essere opportuno proporre alla famiglia una consultazione transculturale presso il nostro Servizio.

b) consulenza diretta attraverso la presa in carico della famiglia o di una sua parte, in un dispositivo gruppale, ispirato al dispositivo utilizzato da M. R. Moro a Bobigny, ma con delle caratteristiche diverse, legate alla diversità del contesto italiano e della nostra esperienza.

Nel caso in cui si decida l'opportunità di una presa in carico diretta della famiglia si chiede sempre la collaborazione delle operatrici/ori invianti. Il bambino/a o l'adolescente che viene seguito/a presso il servizio inviante continua a essere seguito/a lì, la consultazione transculturale viene offerta alla famiglia o ai genitori, come una ulteriore opportunità di comprendere il disagio manifestato da un figlio/a e quindi avere più strumenti per aiutarlo/a. Si chiede agli invianti di essere presenti alle consultazioni transculturali tutte le volte che questo è possibile, al fine di facilitare il mantenimento di una strategia comune nei diversi interventi.

I criteri di valutazioni in base ai quali decidere se è opportuno l'invio a una consultazione transculturale sono stati messi a punto insieme tra équipe che gestisce il Servizio e operatrici invianti attraverso gli incontri di formazione e supervisione.

Essi fanno riferimento soprattutto a due elementi: l'importanza dell'evento migratorio e degli effetti traumatici a esso associati nell'origine del disordine relazionale e psicologico del singolo e della famiglia, l'importanza nel discorso della famiglia e del singolo di rappresentazioni culturali riguardanti la situazione di disordine e di malessere presentata.

Voglio ora sottolineare alcune caratteristiche della nostra équipe che la differenzia rispetto all'équipe diretta da M. Rose Moro.

In primo luogo si tratta di un'équipe meno numerosa, siamo presenti in otto dieci massimo.

Inoltre non abbiamo nel nostro gruppo terapeuti formati alla clinica provenienti da altri paesi e altre culture. Il compito di rappresentare, materializzare, come dice Moro e anche Nathan, l'alterità culturale, è affidato a due mediatrici culturali presenti sempre nelle consultazioni, a fianco della figura dell'interprete, formate specificamente a questo compito.

Il loro ruolo e la loro funzione è oggetto di attenzione costante dell'intera équipe, e vorremmo su questo intraprendere una ricerca più accurata.

Un'altra caratteristica che ci contraddistingue è essere un'équipe costituita da sole donne.

Questa realtà è frutto della nostra storia. Siamo una cooperativa di sole donne, nata sulla scia di un ventennio di militanza nei movimenti delle donne e femministi da parte di molte di noi, che hanno visto nel separatismo uno strumento potente, nella nostra situazione storica, di presa di parola, di conquista di autostima, di consapevolezza di sé, di solidarietà femminile, con l'obiettivo non solo di emancipazione ma, come si diceva negli anni 70, di liberazione delle nostre menti dai condizionamenti culturali e psicologici di stampo patriarcale interiorizzati nella nostra educazione. Molte delle donne immigrate facenti parte della nostra cooperativa non sarebbero mai entrate d'altra parte in un progetto che vedeva la presenza di uomini, provenendo da culture in cui la separazione tra uomini e donne è ancora una realtà sociale diffusa. L'essere fra sole donne è stata all'inizio la condizione essenziale per sviluppare fra noi un confronto, partito nel progetto europeo transnazionale, sulle nostre reciproche rappresentazioni di donne italiane e immigrate, sulle immagini di noi stesse legate all'essere moglie, madre, alla sessualità e al rapporto con l'altro, con l'uomo. Le donne sono state d'altra parte il nostro oggetto di interesse privilegiato nella progettazione di nuovi servizi e nuovi modi di assistenza e di cura. La cooperativa di sole donne è dunque un contenitore che ci permette di stare insieme, con molti significati, poliedrici e stratificati, diversi per ognuna di noi a seconda della nostra storia, della nostra età, della nostra provenienza culturale.

Anche le équipes dei Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini degli ospedali San Paolo e San Carlo Borromeo è stata voluta e costruita per essere di sole donne. "Questa scelta è frutto di un métissage tra la filosofia dei movimenti delle donne di questi ultimi trent'anni in Italia e nel mondo, che leggono la medicalizzazione della gravidanza e del parto come appropriazione da parte degli uomini di un terreno tradizionalmente proprio delle donne, con una svalutazione di saperi e figure femminili (per es. l'ostetrica) e l'approccio proprio delle culture tradizionali che fanno della gravidanza e del parto un terreno di appannaggio esclusivo delle donne". ( M.Luisa Cattaneo, Sabina Dal Verme, 2005)

Quando abbiamo progettato il Servizio di clinica transculturale è stato dunque "naturale" ritrovarci tra donne, è nel nostro gruppo storico tutto femminile che abbiamo costruito la cultura comune, la formazione e l'esperienza in campo transculturale che ci hanno permesso e spinto a cominciare questa nuova avventura.

Abbiamo avuto incoraggiamenti, soprattutto da Isam Idris nei numerosi incontri di formazione e supervisione avuti con lui sia a Milano che a Parigi, di fare di questa nostra caratteristica un oggetto di studio e di ricerca, ed è anche questo un terreno di studio per noi in questa fase.

### **Alcune considerazioni**

Rispetto all'esperienza fatta in questi anni nel Servizio di clinica transculturale possiamo cominciare a fare alcune considerazioni, per quanto approssimative sui risultati raggiunti.

Possiamo dire che il Servizio è diventato un punto di riferimento importante e utilizzato per le operatrici/operatori dei servizi del territorio facenti parte del servizio sanitario nazionale.

Gli invii sono stati molti, tenuto conto della sua apertura per un solo pomeriggio alla settimana.

In questi anni abbiamo preso in carico direttamente nei due servizi un sessantina di famiglie provenienti soprattutto dall'area del Magreb, dall'Egitto, dall'America latina, ma anche dai paesi dell'Africa sub-sahariana, dallo Sri Lanka, dalla Cina, dai paesi dell'Europa dell'est. Abbiamo dato consulenza e supervisione alle operatrici/operatori dei servizi del territorio su più di ottanta famiglie provenienti da varie parti del mondo, costruendo in questo modo molte occasioni per una formazione permanente e di diffusione di un nuovo approccio.

I problemi che più frequenti che abbiamo incontrato sono:

Problemi di apprendimento e/o di comportamenti inadeguati a scuola da parte di bambini e adolescenti, disagio psicologico e relazionale di bambini e adolescenti coinvolti in processi complessi di ricongiungimento familiare (nel nostro paese sono in grande aumento i casi di

bambini e adolescenti lasciati al paese dai loro genitori, spesso dalla madre sola per quanto riguarda i paesi latino americani, e dopo anni richiamati in Italia per ricongiungersi. I ricongiungimenti famigliari sono fonte spesso di grandi disagi famigliari, legati all'incrociarsi e scontrarsi di aspettative irrealistiche fra genitori e figli), problemi di ragazze adolescenti in contrasto con i propri genitori sui progetti per il proprio futuro (matrimonio, studi, lavoro...), crisi di coppia e famigliari, scatenate dallo scompenso psichico, a volte improvviso e inaspettato di uno dei due genitori, depressioni materne in gravidanza e/o nel primo periodo di vita del bambino.

Le maggiori difficoltà nel costruire un'alleanza terapeutica la incontriamo nei casi coatti con provvedimento del Tribunale per i minorenni inviateci dagli UTM.

Molto è il lavoro clinico e di ricerca sul nostro lavoro davanti a noi.

Per poterlo fare abbiamo bisogno di una stabilità istituzionale che ancora oggi ci manca. In un sistema sanitario che nella nostra regione deve avere sempre più esclusive funzioni di controllo e di programmazione e sempre meno erogare direttamente servizi, in cui quindi stanno diminuendo vertiginosamente i servizi offerti anche agli italiani soprattutto nel campo della psicoterapia, è difficile immaginare una collocazione stabile del servizio di clinica transculturale per le famiglie migranti.

La domanda aperta per tutti a cui i nostri governanti non rispondono è chi dovrebbe erogare per gli italiani e gli immigrati le prestazioni psicoterapeutiche?

La risposta implicita suggerita dal silenzio è che solo chi può pagarsela e ricorrere al mercato privato può permettersela, gli altri devono accontentarsi eventualmente di qualche farmaco. I bambini e gli adolescenti solo di una diagnosi.

Andare avanti con il progetto del Servizio è anche un modo per non rassegnarci a questa risposta, e tenere aperta questa questione con i nostri interlocutori istituzionali.