

Diventare madri nella migrazione: proposte assistenziali di affiancamento all'evento nascita nel rispetto della diversità culturale

MARIA VITTORIA MIANO

Ostetrica, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

RIASSUNTO

Introduzione: Negli ultimi decenni i flussi migratori hanno interessato diversi paesi dell'Unione Europea. Anche nel settore sanitario, gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per adattare la loro assistenza a persone con culture diverse, in particolare alle donne incinte di culture diverse che partoriranno in un diverso contesto culturale.

Obiettivo: Il presente studio mira a sensibilizzare gli operatori sanitari che operano nell'ambito della perinatalità a conoscere e ri-conoscere i fattori culturali legati all'evento nascita e relativi alle donne straniere che affrontano la maternità a seguito di un evento migratorio. Lo scopo dello studio è creare consapevolezza su questo tema tra gli operatori sanitari, sottolineando l'importanza della diversità culturale come punto di forza per la cura dei propri bambini e come fattore favorente l'integrazione con i modelli di salute del paese di arrivo.

L'obiettivo finale è quello di fornire un'assistenza di qualità non sola basata sull'efficacia clinica, ma anche fondata sul riconoscimento e la comprensione della diversità socio-culturale di ciascun paziente.

Materiali e metodi: Il colloquio semi strutturato è stato condotto tra giugno e settembre 2014 durante un tirocinio professionalizzante del corso di laurea triennale in Ostetricia e Ginecologia. Dieci donne di età compresa tra i 28 ei 40 anni sono state intervistate per chiedere loro di raccontare il proprio approccio al sistema sanitario partendo dalle esperienze vissute in ambito perinatale in quanto donne migranti. Il campione era rappresentativo di 5 diverse aree geografiche. L'adesione allo studio è stata spontanea e gratuita.

Risultati: Trascrivendo le interviste sono state individuate quattro diverse macro aree di interesse: storia migratoria, gravidanza, parto e puerperio. Ogni area è stata suddivisa in argomenti legati ai temi principali emersi dal racconto delle donne. L'approccio narrativo ha messo in luce l'importanza del sistema sanitario come uno dei luoghi di primo approccio in cui gli stranieri devono imbattersi all'arrivo in un nuovo paese, soprattutto per quanto riguarda le donne incinte o con bambini. Per promuovere l'assistenza sanitaria come fattore di inclusione per i migranti, il me-

diatore linguistico-culturale dovrebbe essere incluso nelle equipe di lavoro degli operatori sanitari. Gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per cooperare con i MLC cercando di valorizzare gli aspetti socio-culturali del loro lavoro invece di usarli solo come traduttori.

Conclusioni: Tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere formati su tematiche relative alla diversità socio-culturale dei migranti che si avvicinano al sistema sanitario. Ogni ospedale dovrebbe fornire la formazione necessaria ai propri lavoratori. Ostetriche ed infermieri di comunità sono in prima linea con le donne migranti soprattutto durante per tutto il periodo perinatale. Per questo la qualità dell'assistenza erogata deve tenere conto di ogni aspetto della vita della persona, compresi i fattori culturali e relazionali che devono essere oggetto di studio mirato per essere compresi e valorizzati.

Parole chiave: gravidanza, nascita, perinatalità, migrazione, diversità culturale, assistenza ostetrica, assistenza infermieristica, transculturalità

Becoming mother during migration: a proposal to childbirth attendance respecting cultural diversity

ABSTRACT

Background: In the last few decades, the migratory flows have involved various countries of the European Union. Also in the healthcare-related sector, health professionals should be trained to adapt their assistance to people of different cultures, especially to pregnant women of different cultures that are going to give birth in a different cultural frame.

Purpose: This study wants health professionals to be sensitive to birth cultural factors coming from foreign women. The purpose of the study is to create consciousness on this topic among healthcare workers and to enlighten the importance of cultural diversity and its integration

with the hosting healthcare system. The final objective is to provide quality-related assistance not only based on clinic efficacy but also founded on recognition and comprehension of each patient's socio-cultural diversity.

Materials and methods: Semi-structured interviews has been conducted between June and September 2014 during a midwifery internship. Ten women aged between 28 and 40 years old have been interviewed to ask them about their experience on topics related giving birth in a foreign country as migrants. The sample was representative of 5 different geographical areas. The adherence to the study was spontaneous and free of charge.

Results: Four different macro areas of interest was found transcribing the interviews: migration story, pregnancy, birth, and puerperium. Each area was divided into topics related to the main themes that emerged from women telling. The narrative approach has enlightened the importance of the health care system as one of the first-approach places foreigners people have to bump into arriving in a new country, especially regarding pregnant women or women with children. To promote healthcare as an inclusive factor for migrants, linguistic-cultural mediator should be included in healthcare provider teams. Healthcare workers should also be trained to cooperate with them valuing their socio-cultural importance instead of using them only as translators.

Conclusion: All healthcare providers should be trained on the socio-cultural diversity of migrants approaching the healthcare system. Each hospital should provide the training required for its workers. Midwives and nurses are in the first aid line with migrant women, especially during childbirth. The quality of the assistance given must take care of each person's life aspect, including cultural and relational factors that must be studied to be correctly approached.

Keywords: pregnancy, perinatal, childbirth, migration, cultural diversity, midwifery, nursing, transculturality

INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELLO STUDIO

I crescenti flussi migratori che da alcuni decenni coinvolgono in prima linea diversi paesi dell'Unione Europea, richiedono, anche in ambito sanitario, che i professionisti della salute coinvolti siano formati per adeguare la propria assistenza alle persone di origine straniera. Questa necessità si manifesta in particolar modo nel settore di cura materno-infantile, in cui spesso il personale ospedaliero si trova alla presenza di donne migranti che, a distanza di poco tempo, diventeranno madri in una terra diversa da quella in cui sono nate e in genere cresciute e che sono le prime trasmittitrici della cultura stessa (1). Il presente studio mira a sensibilizzare gli operatori sanitari che ope-

rano nell'ambito della perinatalità a conoscere e ri-conoscere i fattori culturali legati all'evento nascita e relativi alle donne straniere che affrontano la maternità a seguito di un evento migratorio. L'obiettivo è quello di erogare delle cure che siano non solo qualità dal punto di vista clinico dell'assistenza, ma anche dal punto di vista socio-culturale e che riescano a diminuire l'impatto del trauma migratorio su queste famiglie, favorendo al contrario situazioni in cui il riconoscimento della loro diversità sia un punto di forza per la cura dei propri bambini e favorisca l'integrazione con i modelli di salute del paese di arrivo.

Materiali e metodi

Nell'ambito del tirocinio professionalizzante del corso di laurea triennale in Ostetricia e Ginecologia, sono stati condotti dei colloqui sotto forma di interviste semi-strutturate con 10 donne di età compresa tra i 28 e i 40 anni, appartenenti a realtà culturali differenti e riconducibili a 5 differenti aree geografiche: Asia Orientale, Sud America, Africa Centro-Occidentale, Maghreb e Medio Oriente ed Est-Europa e corrispondenti ai seguenti paesi: Repubblica Popolare Cinese, Bolivia, El Salvador, Senegal, Camerun, Marocco, Libano, Ucraina e Albania. A tutte le donne migranti intervistate è stato chiesto di raccontare la propria esperienza con il sistema sanitario italiano partendo dalle esperienze vissute in ambito perinatale. I criteri di selezione del campione sono stati di natura intenzionale e si sono basati sulla conoscenza diretta delle donne migranti, incontrate nel contesto ospedaliero di riferimento prima o dopo il parto. L'adesione allo studio per ognuna delle partecipanti è stata di natura volontaria e gratuita. Le interviste si sono svolte nel periodo compreso tra giugno 2014 e settembre 2014 in contesti non formali (parchi all'aperto, luoghi di domicilio delle intervistate o bar) per permettere a ciascuna di loro di sentirsi a proprio agio nel racconto della propria storia. I colloqui sono stati trascritti utilizzando un linguaggio informale, con espressioni tipiche della lingua parlata, secondo l'approccio narrativo proprio della ricerca qualitativa.

La traccia utilizzata come filo conduttore per le interviste semi-strutturate ha toccato i seguenti ambiti: Informazioni generali, Nome, Età, Nazionalità, Storia personale migratoria, Gravidanza, Scelta spontanea vs accettazione forzata, Esecuzione delle visite previste dal SSN, Diversità incontrate nella gestione dei nove mesi di gestazione in Italia e al paese natale, Modificazioni riscontrate nel corpo e nella mente, Paure e aspettative, Struttura presso la quale si è stati seguiti, Rapporto con il personale sanitario dell'ambito materno-infantile, Parto, Vissuto del parto e delle ore seguenti, Differenze con il paese di origine (se già vissuti dei parti altrove), Puerperio, Degenza in ospe-

dale, Diversità nei metodi di cura verso la madre e verso il neonato, Rete di sostegno al rientro a casa, Allattamento, Capacità di mantenere tradizioni apprese nel paese di origine e applicarle al neonato, Confronto con il SSN e prima visita dal pediatra, Paure e aspettative, Svezzamento, Ruolo del marito/compagno in questa fase della sua vita

Risultati

A motivo della grande quantità di tematiche emerse dall'analisi dei dati raccolti, è risultata chiara la necessità di dare forma alle molte informazioni acquisite nel corso dei colloqui sostenuti con il campione delle dieci madri migranti, suddividendo in quattro macro aree la discussione: storia migratoria, gravidanza, parto, puerperio e cure prossimali. Per ogni macro area sono poi state individuate delle sotto aree tematiche utili per mettere a fuoco con maggior precisione alcuni argomenti ricorrenti emersi alle diverse interviste.

La storia migratoria

Il background culturale di riferimento

Tutte le donne intervistate parlavano in modo abbastanza chiaro l'italiano e non è stato necessario utilizzare servizi di mediazione linguistica o di traduzione. Dell'intero campione considerato 2 donne su 10 erano laureate (seppure con titoli di studio non riconosciuti nel nostro paese), una delle neo-mamme era studentessa di medicina presso l'università di Pavia mentre le 7 le restanti avevano tutte un diploma di scuola secondaria superiore. Tra le intervistate inoltre i motivi ricollegabili alla migrazione erano ascrivibili principalmente a condizioni socio-economico-politiche sfavorevoli nel paese d'origine che avevano spinto l'intera famiglia a migrare con tuttavia due diverse idee migratorie alla base del viaggio effettuato. In 5 donne su dieci prevaleva la speranza di poter tornare a casa una volta avvenuto un graduale ritorno alla normalità delle condizioni che avevano generato la migrazione; nelle restanti 5, invece, sin dall'arrivo in Italia, emergeva il desiderio di ricreare in questo paese una vita migliore e più adatta alle proprie necessità, senza l'idea in un futuro a breve termine di tornare al paese di origine.

L'assistenza sanitaria

Dalle interviste è emerso che 8 donne su 10 sono state seguite nei nove mesi di gestazione dal medesimo servizio territoriale: un consultorio familiare privato convenzionato sito nella città di Pavia e con la possibilità di erogare tutte le visite ostetriche e le ecografie previste dal SSN in un unico luogo e con un'agenda interna dedicata, fattore favorente per la totalità delle donne partecipanti allo studio. Di contro nessuna tra le donne migranti intervistate, seppure 2 su 10 fossero alla prima gravidanza, ha

espresso la volontà di frequentare un corso di preparazione al parto.

Il parto

Il passaggio da uno a due

Parlando del momento del parto, in tutte le donne coinvolte, si sono risvegliate paure ataviche spesso amplificate dalla necessità di vivere questo evento in un ambiente diverso da quello della cultura di origine. Nessuno di questi pensieri ha però impedito alle madri intervistate di ricordare l'evento del parto come carico di sofferenza, ma anche di gioia al momento della nascita del proprio figlio. Tuttavia, 4 donne su 10 sono state sottoposte a taglio cesareo, per l'insorgere di complicanze mediche o per tagli cesarei effettuati nelle precedenti gravidanze. Tali dati si allineano con quelli riportati dal CedAP relativo all'anno 2014 che stimano al 32.6% la percentuale di tagli cesarei eseguiti nelle strutture pubbliche presenti sul territorio nazionale (2). Alcune donne maggiormente in difficoltà a comunicare in autonomia in assenza di un caregiver di riferimento, hanno altresì riferito di essersi affidate totalmente al personale ospedaliero per le scelte cliniche da intraprendere durante il momento del parto.

La degenza in ospedale

Per la totalità delle donne intervistate il primo impatto con l'ospedale dopo il parto è stato vissuto attraverso i pasti consumati. Per le due donne cinesi e per quella ucraina è stato strano non vedersi servito del brodo di pollo per rimettersi subito in forze dopo lo sforzo fatto durante il travaglio, come usa nei paesi di origine. Tutte hanno inoltre riferito di aver apprezzato la quantità di consigli ricevuti dal personale ospedaliero prima della dimissione, aspetto insolito per chi di loro aveva un confronto con la sanità nei paesi di origine e ancor di più per la mamma di origine albanese che aveva partorito il primo figlio in casa 17 anni prima. La gratuità delle cure erogate è ugualmente stato oggetto di apprezzamento considerando che in alcuni dei paesi di provenienza il diritto alle cure è prerogativa di pochi privilegiati.

Il puerperio e le cure prossimali

L'allattamento

Tutte le madri intervistate hanno dichiarato di aver voluto in ogni modo allattare al seno i propri bambini e di queste solo 2 su 10 hanno interrotto l'allattamento prima del sesto mese d'età del proprio figlio, le restanti hanno proseguito fin dopo la conclusione dello svezzamento, altre ancora fino al compimento dell'anno d'età del piccolo. In tutti i casi si è comunque evidenziato il desiderio di vivere al meglio il rapporto madre-neonato vivendo l'allattamento primariamente come uno strumento di

relazione oltre che come forma esclusiva di nutrimento. Inoltre, ben 6 donne su 10 hanno protratto l'allattamento anche una volta svezzato il bambino, allineandosi con le indicazioni fornite dalla OMS che consiglia l'allattamento al seno fino ai 24 mesi di età del bambino.

La rete di sostegno al rientro a casa

In tutte le interviste realizzate si è evidenziato chiaramente il ruolo chiave di quelle donne che, nelle vesti di madri, suocere, cognate, amiche, zie, sorelle o anche solo conoscenti, si sono assunte il delicato compito di sostenere ed accudire la coppia madre-bambino al loro rientro a casa. Tutte loro hanno potuto e saputo svolgere in modo adeguato e competente la loro funzione grazie ad un'esperienza pregressa e alla consapevolezza di dover garantire, anche in un contesto altro di migrazione, una parte di quelle cure che tutte queste donne avrebbero avuto se fossero rimaste al paese natale. Nella migrazione spesso, infatti, viene a mancare il contesto delle relazioni femminili che, attraverso le varie forme di aiuto, concreto e simbolico, permetteva alla gestante di vivere la gravidanza in maniera "principesca" (3). La figura della co-madre, colma così non solo il vuoto lasciato dall'assenza dei membri della comunità di origine, ma anche a tratti dal SSN. Il poter garantire un'adeguata assistenza durante il puerperio rientra quindi nelle mansioni che potrebbero e dovrebbero svolgere figure con competenze analoghe dal punto di vista esperienziale delle co-madri, ma arricchite dal punto di vista del sapere medico-scientifico dagli studi effettuati in precedenza. In Italia a tale definizione corrisponde primariamente il profilo professionale dell'ostetrica, co-adiuvata dall'infermiere di comunità e dai pediatri e medici di libera scelta, ma in assenza di una standardizzazione dell'assistenza alle puerpere sul territorio nazionale nel periodo successivo al parto, solo in alcune regioni sono applicati protocolli specifici per la tutela di madre e bambino alla dimissione dall'ospedale e di conseguenza non vi è una corretta presa in carico da parte di questi professionisti della salute.

L'uso della lingua materna

Tutte le donne intervistate hanno riferito di comunicare con il proprio bambino nella lingua del paese di origine e la maggior parte ha riferito di averlo fatto già con i figli avuti in precedenza e in modo del tutto spontaneo oltre che di comune accordo con il marito/compagno. Tale apprendimento contemporaneo di due lingue entro i 3 anni di vita si definisce tecnicamente bilinguismo precoce e simultaneo e può portare ad un transitorio sbilanciamento del vocabolario a favore dell'uno o dell'altro idioma (4) come hanno in più casi osservato diverse madri nel corso dei colloqui. Tuttavia, risulta chiaro come l'uso della lingua materna permetta di sentire l'appartenenza al proprio

gruppo, l'affiliazione ad una cultura e come le parole si leghino a parole che attivano le relazioni e i collegamenti propri di essa, gli stessi che la migrazione talvolta recide (4). Questo sottolinea l'importanza che gli operatori stessi possono rivestire nell'incentivare le comunicazioni tra madre e bambino partendo dalla lingua di origine, detta anche "lingua del cuore".

Lo svezzamento

Poiché il campione di donne scelto aveva partorito da almeno tre mesi, è stato possibile avere dei dati confrontabili anche su un tema così complesso e culturalmente differenziato come lo svezzamento. Persino all'interno delle famiglie di una stessa cultura ci sono credi e scelte differenti sui primi alimenti da somministrare ai propri figli e sulla scansione più corretta dei tempi entro i quali questo debba essere fatto. Nelle donne migranti a queste problematiche comuni a quasi tutte le neo-mamme si sono aggiunte le difficoltà derivanti dalla gestione dello svezzamento da parte di ogni singolo pediatra di libera scelta. Spesso durante le visite dal dottore per alcune delle donne straniere intervistate sono sorte discussioni sull'introduzione precoce di alimenti da noi considerati molto allergizzanti come l'uovo o i latticini o ad alto rischio di trasmissioni di patologie, come la tossina botulinica per il miele. Nei casi poi in cui le madri avevano invece scelto di attenersi esclusivamente ai consigli del medico di riferimento, i problemi sono sorti all'interno del nucleo familiare, là dove nel ruolo di co-madri vi erano altre donne esperte e fortemente attaccate alle rappresentazioni culturali del paese di origine che non dividevano le indicazioni date dal curante. Quest'ultima condizione si è verificata in 2 casi sui 10 analizzati, ma nel complesso si può osservare come la tappa dello svezzamento sia stata affrontata in modo abbastanza sereno e naturale da tutte le donne oggetto del campione di studio, sebbene alcune di loro abbiano scelto di introdurre ugualmente nei primi alimenti somministrati al bambino dei cibi del paese di origine, richiamando anche attraverso il cibo un ulteriore legame con la cultura di appartenenza.

Il co-sleeping

Tutte le mamme sono state contente della possibilità di avere subito in camera i loro bambini. Diverse donne hanno sottolineato la normalità che questo atto porti con sé e come sia naturale per una madre voler subito attaccare al proprio seno o anche solo voler coccolare il cucciolo che per nove mesi ha portato dentro di sé. Il mantenimento del contatto con il proprio bambino nelle ore notturne fa parte delle pratiche di accudimento dette "cure prossimali", che includono anche l'allattamento al seno, il portare i bambini in braccio o in fasce e marsupi, i massaggi e le coccole. La condivisione del sonno not-

turno viene denominata scientificamente *co-sleeping* se a distanza ravvicinata, ma senza trovarsi sulla stessa superficie, attitudine che viene invece definita *bed-sharing* (5).

Di tutte le donne intervistate 2 su 8 hanno affermato di condividere la superficie del letto matrimoniale con il proprio piccolo, per controllarlo con maggiore efficacia e soprattutto per essere subito pronte ad allattarlo nei momenti di risveglio notturno. La restante parte del campione ha comunque scelto il *co-sleeping* come pratica efficace per i primi mesi di vita del bambino, pur preferendo tenerlo in una culla all'interno della stanza. Nessuna ha scelto di posizionare il bambino in un'altra stanza della casa nei primi mesi di vita, dato che si è protratto per tutta la durata dell'allattamento. Come mostrano anche i dati presenti in letteratura infatti, tenere il bambino al proprio fianco sin dai primi momenti dopo il parto con la possibilità di effettuare il *rooming-in* ha effetti benefici sull'allattamento al seno: le poppate durano mediamente di più e la durata in mesi dell'allattamento è direttamente proporzionale alle ore di *co-sleeping* effettuate.

Il ruolo della figura paterna

È importante ricordare come la migrazione muti i rapporti tra uomo e donna nella coppia: spesso ad esempio l'esperienza della gravidanza non è oggetto condiviso di discorso, soprattutto nella cultura araba e nelle donne di religione musulmana. Marito e moglie non ne parlano insieme. Anche la gestione del neonato da parte dell'uomo, persino nei casi in cui non vi sia una rete di sostegno femminile per la madre, non è quindi da ritenere così scontata. Il ruolo "marginale" della figura paterna anche durante il puerperio, è risultato infatti come un elemento ricorrente nei racconti riportati dalle donne. In più di un caso egli è stato esonerato dalla esecuzione di compiti primari di accudimento del neonato (cambiare i pannolini, dare il biberon o farlo addormentare) a motivo della stanchezza serale dovuta al lavoro svolto in giornata. Si potrebbe affermare che almeno in 6 coppie su 10 viga un tacito accordo di suddivisione piuttosto che di condivisione dei compiti nell'ambito del contesto familiare di riferimento.

DISCUSSIONE

Dalle interviste semi-strutturate effettuate, nelle quali a tutte le donne è stata lasciata la possibilità di raccontare e raccontarsi liberamente senza seguire un rigido schema, è emerso chiaramente, che per le donne migranti in gravidanza, i servizi socio-sanitari diventano uno dei percorsi inevitabili e più importanti spesso di prima vera integrazione con il paese di arrivo. Bisogna infatti ricordare che la nascita di un figlio è un'esperienza molto importante nella vita di ogni donna ed assume un valore aggiunto per chi

proviene da un paese diverso dall'Italia perché modifica il processo migratorio, confermando l'esigenza di mettere radici e progettare un futuro per sé e per la propria famiglia. L'angoscia che queste donne talvolta provano nel mettere al mondo un figlio è dovuta all'incapacità della società di accettare questi bambini dalle identità plurime: dietro l'evento della maternità c'è una crisi, ben più profonda, dell'intera società d'accoglienza. Le future madri si ritrovano ad interrogarsi sulla necessità di permettere ai propri bambini di far propri i valori del paese ospitante o se sia più giusto trasmettere loro quelli del proprio paese di origine (4).

I servizi sono quindi i luoghi privilegiati dell'integrazione sociale, ma questa integrazione non è programmata o guidata e spesso è delegata- per assenza quasi totale di formazione e preparazione- ai singoli operatori di prima linea (le impiegate/i agli sportelli di accettazione, le ostetriche, gli infermieri), non sempre dotati di strumenti culturali adeguati ad interagire con l'altro, carenze che compensano facendo tesoro delle risorse personali, emotive, affettive, delle esperienze individuali ed occasionali di vita. E' su questi operatori, più spesso operatrici, che gli ospedali scaricano tutto il peso di una comunicazione complessa, difficile non solo per ragioni linguistiche e culturali, ma anche per tutto il carico di emozioni che queste situazioni comportano (6). Ciò che spetta a tutti i professionisti sanitari, ed in particolare alla ostetrica, che più di tutti ha il compito di stare accanto alla donna (*obstare*) in una fase molto delicata della sua vita, è cercare di seguire un preciso percorso di formazione che permetta di approfondire la tematica della assistenza agli immigrati, ormai non più trascurabile.

Compito degli Enti e delle Regioni sarebbe quello di fornire al personale un supporto adeguato ai fini del raggiungimento di questo obiettivo. Supporto concretizzabile soprattutto attraverso proposte di corsi di formazione specifici sui temi della transculturalità, secondo quanto già svolto da diverse realtà sanitarie nel nostro Paese e da regioni "virtuose" nell'ambito dell'assistenza alle persone straniere che da diversi anni hanno attuato politiche sanitarie d'integrazione dei migranti sul territorio nazionale inserendo nelle équipes di lavoro ospedaliere e territoriali la figura della mediatrice linguistica-culturale (MLC). Le MLC sono figure che condividono con i pazienti l'appartenenza alla stessa comunità di origine e che hanno a loro volta vissuto una migrazione che, attraverso un'adeguata formazione, è stata trasformata in una risorsa professionale. Esse ricoprono un ruolo delicato, perché più che fungere da traduttori, sono piuttosto un aiuto per la decodifica dei codici di comunicazione e forniscono una chiave culturale di lettura dei bisogni del paziente.

La pratica delle mediatrici culturali presuppone anche che gli operatori del paese di accoglienza siano formati a modalità comunicative transculturali: il processo di formazione di chi accoglie deve andare di pari passo con quello delle mediatrici culturali, in una continua e proficua dialettica tra pratica di mediazione ed elaborazione di modelli teorici. Di fatto oggi queste figure sono assunte e considerate come profili di aiuto, temporanei ed utilizzati per lo più solo come interpreti. In realtà quella della mediazione è una via che vuole essere più "paritaria", facilitando lo scambio tra persone, -almeno teoricamente- uguali, con una vera e propria funzione di *advocacy* a favore del sostegno dei più deboli socialmente. Nello specifico per le professioni sanitarie e in particolare per quella infermieristica ed ostetrica, il ruolo di *advocacy* consiste nell'informare e supportare il paziente in qualunque decisione assistenziale condivisa (7). Tuttavia, tale obiettivo è realizzabile solo scegliendo di comprendere e conoscere il *background* culturale della persona che si desidera assistere, operazione che di certo non può essere frutto di improvvisazione, ma al contrario deve essere l'esito di un processo di cura condivisa tra professionisti di diversi ambiti.

CONCLUSIONI

Per favorire la creazione di un rapporto madre-bambino ottimale, in modo che tutte le diverse tecniche di accudimento delle donne intervistate possano continuare ad essere agite in qualunque parte del mondo loro si trovino, è necessario strutturare un'assistenza sanitaria di qualità non solo dal punto di vista clinico, ma anche culturale e relazionale. Un piano assistenziale efficace e orientato ai pazienti che portano con sé un vissuto migratorio più o meno recente andrebbe applicato il più possibile in modo capillare su tutto il territorio nazionale. Non solo per garantire un'uniformità nell'assistenza interregionale, ma anche per garantire un aiuto concreto a quelle persone che per scelta o per necessità hanno dovuto scegliere la migrazione come un mezzo per poter sperare di ricostruire una vita ed una famiglia in condizioni sociali, politiche ed

economiche più favorevoli, trovando il coraggio di volgere lo sguardo verso un futuro incerto senza però potere né volere abbandonare del tutto il proprio passato. A tutto il personale sanitario quindi e in particolar modo alla figura dell'ostetrica spetta il compito di operare cercando di salvaguardare le diversità che ogni donna migrante porta con sé, nel rispetto della sua cultura di appartenenza per poter fungere così da ponte tra i due mondi nella quale la futura madre dovrà rifondare la propria famiglia. È infatti con disponibilità, gentilezza e pazienza, ma anche con un'adeguata preparazione, che si costruiscono relazioni di aiuto durevoli nel tempo e capaci di far sentire ogni donna ascoltata ed accolta nella sua unicità.

BIBLIOGRAFIA

1. Cattaneo ML, Dal Verme S. Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere. Edizioni Unicopli; 2005. p 264
2. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - 2014 [cited 2023 Apr 4]. Available from: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf
3. Balsamo F. Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità. L'Harmattan Italia; 2003.
4. Rigotti F. Partorire con la mente e con il corpo. Bollati Boringhieri; 2010. p 180
5. Falcicchio G, Zlotnik P, Bortolotti A, Tortorella ML. Il primo sguardo. Prime ore di vita, cure prosimili e affettività. Fasi di Luna; 2014. 176 p.
6. Balsamo F. Famiglie di migranti. Carocci Editore; 2003. p 192
7. Attianese R, Pentella G. L'assistenza infermieristica alla luce delle nuove normative: gli obiettivi [cited 2023 Apr 4]. Available from: https://www.area-c54.it/public/l'assistenza_infermieristica_alla_luce_delle_nuove_normative.pdf