

Il pediatra di famiglia e il bambino straniero in ambulatorio

Federica Zanetto

Pediatra di famiglia ACP, Milano e Provincia

This article was presented and discussed as a final thesis at the end of the annual training course in transcultural clinic organized in Milan (2014 edition) by the cooperative Crinali. It outlines the characteristics of the family paediatrician's office capable of competent answers and appropriate care for a good health promotion in a foreign child.

L'articolo, presentato e discusso come tesi finale al termine del corso di formazione annuale in clinica transculturale organizzato a Milano (edizione 2014) dalla cooperativa Crinali, vuole delineare le caratteristiche dell'ambulatorio del pediatra di famiglia capace di risposte competenti e appropriate nella cura e nella promozione della salute del bambino straniero.

Introduzione

La popolazione straniera è sempre più formata da bambini e ragazzi, e il pediatra di famiglia, oggi più che in passato, ha un ruolo centrale nella strategia assistenziale del bambino immigrato e, in un rapporto continuativo con le famiglie, nell'attività di prevenzione ed educazione alla salute¹. Nel 1995 i "nati stranieri" erano 9061; nel 2000 quasi 30.000 e nel 2012 sono stati 79.894, con un'incidenza sul totale delle nascite che ha subito un incremento dall'1,7% al 4,8% fino al 14,9% e che, accanto ai ricongiungimenti familiari, attesta i percorsi di radicamento familiare intrapresi dai migranti². Ancora, molti stranieri senza documenti inerenti al soggiorno non registrano i propri figli alla nascita, nonostante la circolare n. 19 emessa il 7 agosto 2009, e inoltre non tutti i bambini nascono nelle strutture ospedaliere, con un sommerso demografico che espone i bambini figli di immigrati irregolari, in quanto "nati invisibili", a un potenziale danno per la salute. In questo contesto molti sono gli elementi di complessità, i bisogni di conoscenza, le criticità e le domande da considerare per capire in che modo attrezzarsi e rispondere con attenzione, competenza e appropriatezza a sfide che sollecitano sempre più operatori, servizi e strutture, e anche la società civile.

La normativa di riferimento

Nell'ambito di una strategia di inclusione, in Italia, la normativa sanitaria riguardante i migranti³⁻⁶ fa riferimento a: diritto all'assistenza sanitaria dei cittadini stranieri regolari; diritto all'assistenza

sanitaria dei cittadini stranieri irregolari; accesso alle cure sanitarie da parte di comunitari privi di copertura sanitaria negli Stati di provenienza; diritto dei minori stranieri (anche non regolari) all'assistenza sanitaria di base. L'impostazione inclusiva data dal legislatore deve però fare i conti con la disponibilità da parte delle amministrazioni locali che devono implementare e rendere operative le politiche sociali e sanitarie per gli immigrati⁷. Il 20 dicembre 2012, dopo un percorso durato circa quattro anni, è stato perfezionato un importante Accordo nell'ambito della Conferenza fra Stato e Regioni per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria alla popolazione straniera. L'Accordo, essendo un atto amministrativo, assume un carattere di interpretazione e applicazione omogenea di quanto le norme di legge in materia già prevedono, per superare criticità legate a prassi disomogenee o che non applicano correttamente le norme legislative. Dirimente diventa l'applicazione di quanto contemplato dall'Accordo da parte delle Regioni, che non possono disattenderlo con valutazioni discrezionali o politiche^{4,8}.

Migrazione, fragilizzazione, trauma

Non esiste, a livello internazionale, una definizione universalmente condivisa del termine "migrante"⁵. Il sociologo R. Sennett, in una recente intervista sull'importanza di elaborare la diversità senza imposizioni, sottolinea che «la parola "immigrazione" è diventata un termine improprio. La gente non va più da un posto all'altro e poi si assimila. Va avanti e indietro. Si sposta da

una città all'altra [...]. La globalizzazione ha messo fine allo spostamento di persone da un luogo all'altro come evento decisivo. Dall'immigrazione siamo passati alla migrazione»⁹. Esperienze profondamente differenti, non solo rispetto ai luoghi di provenienza, inducono a lasciare il proprio Paese di origine per inserirsi in un'altra società. Chi è scappato dal Paese di origine a causa di una particolare situazione politica o è costretto a vivere in esilio ha vissuti e aspettative molto diverse da chi sceglie di emigrare per uscire da una difficile situazione familiare o affettiva, o da chi fugge da gravi situazioni di povertà o di difficoltà economiche¹⁰. Nei Paesi d'accoglienza d'altro canto, oltre a meccanismi giuridici di contenimento (che comportano sempre anche l'emergere di sacche di clandestinità e illegalità), prendono corpo il timore che la multirazzialità soppianti il senso tradizionale di compattezza sociopolitica e culturale oltre a distinzioni tra culture più o meno "resistenti" e culture più o meno capaci di entrare in un processo di integrazione¹¹. La migrazione è un evento sociale e psichico di enorme rilevanza, fragilizzante e potenzialmente traumatico¹². La fragilizzazione è propria di tutti i migranti nel momento iniziale della migrazione. Si rompe in modo veloce e brusco l'involucro culturale in cui l'individuo si è formato e «che permette di condividere con il proprio mondo di appartenenza molti elementi fondanti rispetto all'idea di sé e ai riferimenti per la comunicazione e i comportamenti. La lingua, la gestualità, i rituali, le modalità educative, le tradizioni, la religione, gli impliciti culturali vengono assorbiti durante la crescita all'interno del proprio mondo di riferimento in modo in gran parte inconsapevole e partecipano alla costruzione dell'identità e del senso di sé di ciascuno di noi»¹³. Si rompe la relazione di continuo scambio fra cultura interiorizzata, che permette di orientarsi nel mondo, e cultura esterna. Si rompe lo scambio incessante con il gruppo di appartenenza, che mantiene vivo e capace di evolvere il quadro culturale interno: le rappresentazioni interne nella migrazione non sono condivise dall'ambiente circostante, con rischio di calo dell'autostima e

di parcellizzazione dell'identità.

Si rompe la capacità comunicativa della lingua di origine e viene persa la sua funzione di vettore di cultura, intesa come sistema aperto, complesso e che si modifica. La scarsa conoscenza della lingua del Paese di accoglienza diminuisce anche la complessità del pensiero e appropriarsene o non appropriarsene condiziona l'accesso al mondo emotivo e alla sua profondità.

La fragilizzazione diventa trauma quando le persone non riescono a elaborare la rottura dell'involucro culturale. Si parla di «trauma migratorio, nel senso di un vissuto improvviso e impreveduto di discontinuità nella percezione del sé, delle proprie sicurezze, della comprensione del mondo esterno e della propria efficacia e competenza. Una situazione dolorosa a fronte della quale si attivano meccanismi difensivi di diverso tipo, a seconda delle condizioni soggettive e ambientali delle quali è possibile disporre»¹³. La reazione al trauma migratorio è individuale e dipende da storia migratoria, caratteristiche personali prima della migrazione, condizioni di accoglienza, cause e condizioni che stanno all'origine della decisione di migrare: più l'operatore offre servizi accoglienti, più gli individui possono vivere il momento in maniera positiva e come risorsa; più sono penalizzanti e traumatiche le condizioni di accoglienza, maggiore è la probabilità che determinino malessere o condizioni di patologia¹¹ legate al mancato superamento del trauma migratorio.

Il sostegno professionale competente

Nell'ambito del proprio contesto professionale, gli operatori possono aiutare le persone a mantenere i fili delle loro storie e il senso positivo della propria cultura che è fonte di sapere, di competenze, di significati validi e utili. Anche il clinico, e in particolare il pediatra, deve essere consapevole che l'altro è portatore di elementi culturali che hanno una loro logica, un loro senso e che possono essere capiti. Diventa cruciale un supporto che permette di elaborare pensieri, tessere legami, costruire un contenitore in cui viene valorizzata la cultura di partenza e anche accolta quella del Paese ospitante: un contenitore sicuro, un contesto di fiducia, una relazione di vera accoglienza, in cui l'operatore diventa tutore di resilienza (box 1).

Nessuna relazione di cura è neutra: l'operatore, portatore di sue logiche culturali implicite sia negli atti medici che nelle prassi di cura, deve essere capace di uti-

lizzare i propri modelli culturali di riferimento, attento a non creare danno nella relazione di cura. Quando «si prescrivono comportamenti e modalità di accudimento che non assomigliano a quanto le persone hanno appreso e interiorizzato nelle loro relazioni familiari, senza saperlo vengono suggeriti comportamenti trasgressivi rispetto alle pratiche di protezione tradizionali [...]. Ne risulta spesso una fragilizzazione ulteriore che viene a sommarsi alla tristezza della lontananza dalle famiglie di origine e genera una sorta di dubbio sulle competenze materne che pure costituiscono una parte profonda dell'identità delle donne di tutti i Paesi»¹³. Non è necessario che il pediatra conosca la cultura di appartenenza del suo paziente: deve però sapere effettuare un decentramento culturale, creando uno spazio (fisico e mentale) in cui hanno legittimità tutti i significati (anche se in taluni momenti difficili da comprendere), riconoscendo l'importanza del fattore culturale nel racconto della famiglia e sapendone fare uso come leva terapeutica; entrambi i quadri di riferimento devono avere pari dignità e poter essere confrontati. Il pediatra deve anche essere consapevole che «la diversità culturale suscita angoscia, rende evidente la relatività dei nostri strumenti professionali. Davanti all'angoscia che si prova di fronte all'alterità, uno dei meccanismi di difesa possibili è quello di ridurre l'altro a uno stereotipo, generalizzando le informazioni che si posseggono sulla cultura di provenienza di chi sta di fronte; in questo modo l'operatore evita di confrontarsi con il dato reale di una persona con una propria individualità complessa e che, oltre a elaborare una sua storia, elabora soggettivamente l'eredità

culturale che gli viene trasmessa in modo originale e specifico»¹⁰. Altra possibile e frequente reazione all'alterità culturale è il rifiuto, con il suo seguito di incomprendimento, messaggi poco chiari, mancanza di ascolto, ostilità, pregiudizi, contenuti difficili da accogliere e condividere. Anche il tono con cui viene formulata una domanda può comunicare che «quella cosa è sbagliata». È anche facile scivolare nell'interpretazione, quando si cerca di spiegare un comportamento, parlando di cose che non sono state raccontate, ma che si immaginano, o usando informazioni che in realtà non sono state date. Solo se si è consapevoli dell'aspetto difensivo dei propri strumenti professionali si può fare in modo che esso non diventi prevalente¹⁴ e che venga privilegiata la cura della relazione (confronto con l'esperienza dell'altro, capacità di non sovrapporsi, chiarezza di obiettivi e del proprio ruolo).

Il setting

Una modalità supportava di accoglienza è un aiuto prezioso per superare il trauma migratorio. Essere accolti in un servizio in cui ci si sente riconosciuti positivamente e non come un peso indesiderato è importante e vissuto con grande senso di sollievo: ci si può fidare. Il contesto dell'ambulatorio, spazio della cura, dell'informazione, della prevenzione, deve suggerire accoglienza (che diventa accoglienza relazionale) e benessere:

- deve essere un luogo in cui contano anche come ci si siede, lo spazio e la sua organizzazione-oggetti, giochi, cartine geografiche, mappamondo, fotografie, libriccini in lingua per i bambini aiutano il pediatra e la famiglia a parlare di culture e visioni

box 1

Il pediatra tutore di resilienza*

La **resilienza** in situazione di migrazione è la capacità di sviluppare risorse utili a costruire in modo positivo e creativo la propria identità nella dinamica fra ambiente di appartenenza e ambiente di accoglienza.

Sono fattori di resilienza un ambiente sicuro, la ricchezza di stimoli, incontri con persone significative, la stima di sé.

Il pediatra come tutore di resilienza:

- accoglie con empatia il bambino e la sua famiglia;
- è aperto al confronto con la diversità culturale;
- è consapevole di essere egli stesso portatore di una cultura (non della verità);
- è disponibile a una negoziazione culturale delle sue pratiche;
- sostiene le competenze genitoriali (non svaluta);
- collabora con la mediatrice linguistico-culturale.

*da Cattaneo M.L. *Uno sguardo sul bambino in terra straniera e sulla sua famiglia. Il lavoro di decentramento culturale. Monza, 17 maggio 2014*

del mondo “altre” in modo più facile;

- deve essere un luogo in cui si instaura una relazione in cui “poter pensare e poter dire” aiuta la famiglia a recuperare risorse per trovare proprie soluzioni;
- deve essere un luogo in cui vanno gestite le difficoltà quotidiane nella consultazione, che spesso riguardano anche l’aspetto organizzativo/burocratico (le “regole”) del servizio e della cura.

«Molti arrivano senza appuntamento senza rispettare le regole e magari pretendendo di essere visitati prima dei pazienti che hanno fissato regolarmente la visita, adducendo varie scuse (è urgente, dopo devo lavorare, ho telefonato ma non rispondeva, non ho telefonato perché non lo sapevo...). Quando anche ce la fanno a fissare un appuntamento magari poi si presentano nel giorno o nell’orario sbagliato.

*Quando la frequenza di tali eventi diventa quotidiana o pluriquotidiana a un certo punto ti trovi a doverti difendere perdendo la calma e giovando poco a loro e a te stessa”. “Quando finalmente arrivi, superati i primi ostacoli, a visitare il bambino e a prescrivere una terapia emergono altri problemi. Se la posologia è un po’ articolata, se è richiesto l’uso di altri dispositivi (aerosol, doccia nasale...) ti chiedi se sarai in grado di spiegarti, che cosa faranno poi a casa lasciati a se stessi, se mi devo fidare a prescriverlo».**

Le regole, l’organizzazione e le indicazioni operative dell’ambulatorio, ma anche del contesto socio-sanitario di cui esso è parte, sono messaggi che non vanno dati per scontati e vanno resi espliciti, sempre tenendo conto delle differenze linguistiche. In particolare, le informazioni inerenti al sistema di regole in cui il pediatra è inserito (reperibilità, disponibilità telefonica, appuntamenti - il sistema di appuntamenti è una percezione molto legata alla cultura occidentale ed esprime una notevole capacità di controllo dello spazio e del tempo) vanno date diluite, a frammenti, in modo da essere capite, comprensibili, utilizzabili.

Nella stanza del colloquio e della consultazione pediatrica sono presenti anche spazi mentali e contenuti di pensiero come elementi che fanno parte delle condizioni dell’incontro: ci sono le parole che curano e che devono far parte del bagaglio e della “borsa” del pediatra, ci sono le rappresen-

tazioni che l’altra persona ha sul medico e sul servizio; c’è la dimensione del “dentro” (aggressività, conflitti, rabbia, dimensione spirituale ed esoterica come parte integrante della vita quotidiana) che in molte culture viene proiettata su uno schermo del “fuori” (malocchio, relazioni con gli altri, potere dei legami, malattia come espressione di una dimensione soprannaturale). La malattia può essere interpretata come l’esito di un incontro-scontro con entità invisibili, di conflittualità non sanate con gli antenati, dell’infrazione di tabù oppure un evento “scritto” dal volere divino¹⁴. Lo spazio mentale del pediatra deve dunque essere sufficientemente libero, altrimenti le informazioni non vengono recepite né trattate ed elaborate in modo adeguato, né gli obiettivi della cura vengono ben formulati. Per “liberare” un po’ di spazio mentale bisogna riconoscere ciò che succede: se ci si sente molto arrabbiati o infastiditi, ne va colto il segnale dal proprio “mondo interno”, prendendosi il tempo necessario per cercare di gestire quella particolare emozione. La quotidianità difficile, i bisogni di cura, la ricerca di soluzioni condivise e sostenibili in alcuni momenti di maggiore impegno clinico (malattie croniche, quadri clinici complessi, bisogni di cura speciali) richiedono una precisa organizzazione delle prestazioni e la costruzione di relazioni efficaci anche all’interno del sistema che si aggrega intorno al problema di salute portato dal bambino migrante e dalla sua famiglia in un particolare momento: il bambino, la sua famiglia (anche allargata), le altre figure del mondo della cura. Il pediatra, il medico del centro di secondo livello, l’assistente sanitaria in consultorio o nell’ambulatorio vaccini, l’infermiere sono parte, a loro volta, di un sistema - quello sanitario - con regole e ruoli precisi, relazioni costruitesi nel tempo, contatti con altri contesti (medicina territoriale, specialisti, strutture di alto livello, servizi sociali). L’integrazione socio-sanitaria diventa allora, e ancora di più con le famiglie migranti, una realtà obbligata di lavoro e un confronto indispensabile e non occasionale cui gli operatori della cura devono essere consapevoli e formati. Oltre alla competenza strettamente medica, è spesso richiesto, soprattutto in questi casi, l’intervento del mediatore linguistico culturale, che af-

fianca gli operatori della cura e facilita la ricerca di soluzioni assimilabili, condivise e sostenibili da quella famiglia in quella particolare situazione e con la sua storia di migrazione: esse possono investire la rete degli aiuti all’interno del nucleo familiare, i rapporti con il centro di secondo livello e gli specialisti, l’utilizzo dei servizi sociali e del volontariato, i contatti con la scuola. Passaggi concordati e accompagnati da un operatore all’altro, o da un servizio all’altro, permettono al bambino migrante e alla sua famiglia di sperimentare un “contenitore umano” accogliente.

La mediazione linguistico-culturale

*«Le lingue sono tante e diverse. Molte mamme non conoscono l’italiano. Qualcuna di loro si organizza: a volte c’è il marito che un po’ lo parla, qualcuno porta un’amica, il cugino, la vicina di casa e in questo modo un po’ ce la caviamo. Resta sempre il dubbio di quanto di vero sia riuscita a comunicare. Poi arriva la famiglia che dopo anni di sforzi ha veramente imparato la lingua, a rispettare le regole, a somministrare correttamente le terapie al bambino e a fissare gli appuntamenti per le visite specialistiche, ma ancora un muro ci separa, quello forse più invalicabile, quello delle tradizioni, delle credenze popolari o religiose».**

La mediazione linguistico-culturale è un aspetto del contesto: quando può essere utilizzata permette di usare la lingua del paziente e rappresenta un importante rafforzamento del suo involucro culturale. Provenendo dagli stessi Paesi di origine, il mediatore linguistico-culturale assicura anche, accanto alla traduzione della lingua, interventi di decodifica e di orientamento culturale: conosce la lingua del paziente straniero, ma anche la sua religione o le sue tradizioni; è portatore di aspetti culturali impliciti, non visibili (come la rappresentazione dello spazio e del tempo, la memoria collettiva, i tabù, le modalità di comunicazione non verbale); mette in campo e fa circolare aspetti (anche emotivi) legati a contesti “altri”¹⁵. Il pediatra di famiglia, in quanto parte della rete territoriale delle cure primarie (consultori familiari, centri vaccinali, UONPIA), deve anche essere consapevole che la mediazione linguistico-culturale non può e non deve significare solo intervento occasionale, “a chiamata”, ma dovrebbe arrivare a essere una “mediazione di sistema”: un vero e proprio processo che coinvolge l’interazione di più

*da: “Il bambino straniero e la sua famiglia nell’ambulatorio del pediatra: come accogliere, come orientarsi”. Corso di aggiornamento, ASL Monza Brianza. Monza, 17 maggio 2014.

soggetti, anche in percorsi di formazione multidisciplinare, e l'organizzazione stessa dei singoli servizi.

Conclusione

Sensibilità culturale, capacità di analizzare e di affrontare le situazioni con attenzione alla relazione e al dialogo, incontro e confronto con altri saperi richiedono un investimento in percorsi formativi specifici anche come occasione per provare a decentrare lo sguardo e per pensare al bambino straniero e alla sua famiglia non solo ed essenzialmente come problema e fonte di difficoltà che non si sa bene come risolvere. Una sfida impegnativa che vale la pena raccogliere e affrontare in ambito associativo.

Corrispondenza

zanettof@tin.it

1. Gruppo CRC. 6° Rapporto di aggiornamento CRC. Accesso ai servizi sanitari per i minori stranieri. www.gruppocrc.net.
2. Gruppo CRC. 7° Rapporto di aggiornamento CRC. Accesso ai servizi sanitari per i minori stranieri. www.gruppocrc.net.
3. Geraci S. Assistenza sanitaria agli immigrati: per un diritto sovranazionale. In: Atti della Conferenza "Le politiche dell'UE per l'immigrazione, diritti fondamentali, integrazione sociale, cooperazione allo sviluppo". Roma: CNEL, 2003, pp. 180-4.
4. Tognoni A. I diritti del minore straniero: quadro normativo e percorso giurisprudenziale. Quaderni acp 2014;21(4):176-8.
5. Severino F, Bonati M. Migranti e salute: tra diritto (alle cure) e reato (di clandestinità). Ricerca e Pratica 2010;26:50-61.
6. Iaboli L, Zuccaro F. L'STP (Straniero Temporaneamente Presente), questo sconosciuto. Quaderni acp 2009;16(1):20-1.
7. Geraci S. La tutela sanitaria degli immigrati in Italia. Salute e Sviluppo 2014;70:27.
8. Lia L. Immigrati: diritti della persona e doveri di solidarietà. Edizioni Junior, 2013.
9. Manera L. Dobbiamo restare stranieri per integrarci meglio. Corriere della Sera, la Lettura, 9 marzo 2014, p. 9.
10. Cattaneo ML. Elementi di base della clinica transculturale. In: Quaderno di formazione alla Clinica Transculturale. A cura di: Dal Verme S, Facchetti B, 2006.

11. Martini CM. Non temiamo la storia. Milano: Piemme Editore, 1992.

12. Nathan T. Principi di etnopsicoanalisi. Bollati Boringhieri, 1996.

Il pediatra di famiglia e il bambino straniero in ambulatorio

Il pediatra di famiglia ha un ruolo centrale nella strategia assistenziale del bambino immigrato, instaurando un rapporto continuativo con le famiglie e nell'attività di cura, prevenzione ed educazione alla salute:

- Deve conoscere la normativa di riferimento relativa all'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri e le diverse modalità di presa in carico.
- Deve essere consapevole che sono migranti gli immigrati, i minori stranieri residenti, quelli non residenti, i non accompagnati, i giovani migranti, i baby clandestini, i minori non comunitari, i minori non in comunità.
- Deve sapere che la tutela della salute è garantita per tutti i minori stranieri al di là dei limiti entro i quali è assicurata agli stranieri adulti non in regola: bambini nati in Italia da genitori regolari, bambini nati all'estero ed emigrati con la famiglia, bambini nati in Italia o immigrati ma con una prolungata separazione dai genitori, figli di genitori irregolari o clandestini, figli di rifugiati, bambini nomadi, bambini giunti in Italia tramite adozione internazionale, minori non accompagnati.
- Deve assicurare la continuità delle cure in periodi evolutivi in cui non sono accettabili vuoti assistenziali.

Offre un sostegno professionale competente nell'incontro con la diversità culturale:

- Deve essere consapevole dei fattori di rischio che, nella migrazione, possono riguardare la salute del bambino e della sua famiglia.
- Deve essere consapevole che può essere un importante tutore di resilienza.
- Deve mettere in campo l'attitudine al decentramento culturale.
- Deve essere consapevole delle proprie contro-attitudini e deve sapere come tenerne conto nella relazione terapeutica.
- Deve conoscere le caratteristiche del servizio di mediazione linguistico-culturale e deve sapere come collaborare con esso nella pratica clinica.
- Deve essere consapevole di essere uno degli attori nella mediazione di sistema che deve caratterizzare l'approccio dei servizi socio-sanitari al bambino immigrato e alla sua famiglia.

Conosce la rete dei servizi sanitari per l'accoglienza del bambino e della famiglia:

- Individua gli operatori che garantiscono continuità delle cure e assistenza sul territorio (mediatrici linguistico-culturali, pediatri del punto nascita, pediatri di comunità, medici di medicina generale, ostetriche, assistenti sanitarie, UONPIA) e stabilisce con loro relazioni personali.
- È in grado di effettuare invii appropriati, perché conosce i servizi offerti e i luoghi in cui si svolgono (punto nascita, consultori familiari, ambulatori o spazi dedicati, servizio di mediazione culturale, servizio di clinica transculturale).
- Partecipa alla definizione comune di percorsi assistenziali.
- Condivide aggiornamento e formazione permanente con gli altri operatori (lavoro transculturale come leva terapeutica e bagaglio da fare proprio).
- Partecipa a incontri periodici per la verifica del servizio offerto.

Effettua interventi informativi specifici rivolti alle famiglie finalizzati:

- alla migliore conoscenza del bambino;
- allo sviluppo di reti di relazione e di supporto;
- all'impiego corretto dei servizi socio-sanitari.

Spazi di accoglienza

Ambulatorio come luogo in cui hanno legittimità tutti i significati, con richiami (oggetti, giocattoli, libri, immagini, disegni, fotografie, cartine geografiche) ai differenti contesti e modalità di accudimento.

Aspetti organizzativi

Attenzione alle lingue di origine: avvisi con l'indicazione chiara di regole e funzionamento dell'ambulatorio, opuscoli e guide illustrative plurilingue.

13. Finzi I, Imbimbo F, Kaneklin S. Accompagnami per un po'. Franco Angeli, 2013.

14. Devereux G. Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento. Biblioteca

biografica, 1967:562.

15. Bach Baouab O. Associazione Mosaico Interculturale. La figura del mediatore linguistico culturale nell'ambito sanitario e socio-sanitario. Monza, 17 maggio 2014.