

Il rapporto genitori/figli nella migrazione

Elena Balsamo

Etnopediatra

Buongiorno a tutti, ringrazio gli organizzatori per avermi invitato qui oggi. Il tema di cui io mi occupo è il *maternage* in prospettiva interculturale, quindi quello che vi propongo ora è una sorta di viaggio virtuale attraverso il tempo e lo spazio per scoprire insieme come vengono accolti e cresciuti i bambini nelle culture tradizionali di tutto il mondo. Voi potrete chiedervi che senso ha questo intervento alla scoperta del là per operatori che lavorano qua con famiglie, donne e bambini immigrati. Vi rispondo con le parole di un indiano Lakota, che dice così: “Conoscere il modo in cui i nuovi nati vengono accolti e comprendere appieno l'importanza che viene attribuita alla loro educazione e formazione credo sia uno degli elementi più importanti e significativi per potere capire profondamente un popolo e per valutarne la capacità di conservarne le proprie radici e tradizioni, proprio in funzione del futuro e di ciò che esso rappresenta per le generazioni e venire”.

Le donne asiatiche, africane, sudamericane che vengono nel nostro Paese alla ricerca di migliori condizioni di vita, compiono un viaggio dal là al qua, un passaggio tra due mondi, tra due culture completamente diverse. Attraverso la gravidanza, il parto e l'accudimento dei loro bambini, rivivono la loro stessa nascita, la loro relazione con la madre, con la famiglia, con il gruppo, con il clan. Conoscere il modello di *maternage* che queste donne si portano dietro, anche se inconsapevolmente, che hanno comunque interiorizzato, pur avendolo magari abbandonato, è un'operazione di fondamentale importanza secondo me. Nel reciproco confronto sia noi che loro possiamo ritrovare qualcosa che abbiamo perso per strada, qualcosa di cui ci siamo forse dimenticati, e quindi possiamo recuperare la consapevolezza delle nostre radici, delle nostre origini. Ma non solo, le pratiche di *maternage*, oltre a darci la possibilità di confrontarci con gli universi culturali di chi si rivolge a noi, rappresentano a mio avviso uno strumento ineguagliabile per comprendere appieno i bisogni di tutti i bambini, a qualsiasi nazionalità e cultura essi ap-

partengano, e la comprensione dei bisogni del bambino è la base indispensabile per poterne poi migliorare le condizioni di salute, naturalmente salute intesa in senso olistico, cioè come benessere fisico, psichico e io aggiungo anche spirituale. Quindi partiremo proprio dai bisogni del bambino per intraprendere questo nostro viaggio, purtroppo molto breve e veloce.

Quali sono i veri, reali bisogni dei bambini? E io qui per bambini intendo i neonati, cioè coloro che sono appena arrivati in questo mondo. I bisogni dei neonati sono in realtà pochi, molto semplici, eppure perlopiù misconosciuti. Dopo anni di studio su queste tematiche, ma anche di esperienze personali di percorso di vita, sono giunta alla conclusione che i bisogni primordiali di ogni essere umano che atterra su questo pianeta sono 4, cioè esattamente come le gambe di un tavolo e come gli elementi che compongono tutta la materia, cioè ossigeno, idrogeno, azoto e carbonio. Questi 4 bisogni sono il contatto, il contenimento, la comunicazione e il cibo. Null'altro serve al neonato. Per contatto intendiamo naturalmente il contatto fisico, pelle a pelle, tra la mamma e il bambino, il bambino e la mamma hanno bisogno di ritrovarsi subito dopo la separazione che avviene al momento del parto. L'altro elemento è il contenimento, che è un elemento molto trascurato a cui noi pensiamo poco, invece è forse il bisogno più importante in assoluto del bambino appena nato e nei primi mesi di vita. Il contenimento è appunto quella sensazione di essere contenuti, che il bambino ha provato per 9 mesi all'interno dell'utero, la sensazione di avere dei confini, di stare in uno spazio molto ristretto. Il contenimento è un contenimento non soltanto dal punto di vista fisico, ma anche dal punto di vista mentale, cioè serve a contenere l'Io psichico del bambino, a impedire che si frammenti, che vada in pezzi, quindi è estremamente importante. L'altro elemento è la comunicazione. L'essere umano è un essere comunicante: la comunicazione avviene a tanti livelli, avviene tramite i nostri sensi, è una comunicazione visiva, una co-

municazione uditiva attraverso la voce, il canto, (fondamentale per il bambino piccolo), è una comunicazione tattile, ma anche olfattiva, (sappiamo che il bambino arriva al capezzolo materno attraverso l'olfatto), ed è una comunicazione che arriva a livelli molto più elevati, più sottili, cioè a livelli spirituali, per esempio nelle tradizioni orientali. L'ultimo bisogno è quello del cibo, inteso naturalmente come latte materno. Null'altro serve al neonato. Le pratiche di *maternage*, le cure materne, servono proprio a soddisfare questi bisogni, e guarda caso sono anch'esse 4, (che vi ricordo essere un numero sacro per la maggior parte delle culture), e sono l'allattamento, il massaggio, il *baby-carrying* e il *co-sleeping*. *baby-carrying* è un termine non traducibile in italiano, non esiste un termine equivalente, i francesi parlano di "portage", noi dobbiamo dire "portare il bambino addosso sulla schiena", il *co-sleeping* è la pratica del dormire insieme, mamma e bambino vicini.

Queste pratiche formano quello che gli anglosassoni chiamano il "*care-taking package*", cioè il pacchetto di cure materne, perché sono tutte legate indissolubilmente l'una all'altra. Queste pratiche di *maternage*, come vedremo, sono appannaggio delle culture tradizionali e sono diffuse in tutto il mondo fin dagli albori dell'evoluzione dell'uomo. Questo modello che è stato definito "ad alto contatto", o "a contatto prossimale" dalla psicanalista francese Hélène Stork, è caratterizzato da un intenso contatto fisico tra la mamma e il bambino e da una finalità che Levine ha definito come "pediatrica", cioè di protezione del bambino, protezione e salvaguardia da tutti i pericoli esterni, non soltanto fisici ma anche pericoli a livello più sottile. In questa visione, in questo modello ad alto contatto, mamma e bambino sono visti come un'unità, una coppia, che vive in simbiosi, per almeno i primi 2 anni di vita del bambino. Il bambino è molto vulnerabile in questo periodo, ha bisogno di essere protetto dalla madre e di essere come avvolto nell'aura materna, proprio per riuscire a far fronte alle difficoltà e agli stimoli esterni. Nella medicina indiana esiste addirittura una branca che si occupa proprio della coppia mamma-bambino, sia da un punto di vista biologico che psicologico, prima ancora del concepimento fin dopo alla nascita del bambino, quindi una visione molto avanzata e molto moderna. Il modello ad alto contatto è quello da sempre esistito, fin dagli albori della vita dell'uo-

mo, che ha caratterizzato tutto il corso della specie umana e che ancora oggi caratterizza la vita dei popoli cacciatori e raccoglitori, come per esempio i Kung del Kalahari, i Pigmei del centro Africa e altri, che l'hanno mantenuto nella forma originaria, mentre in altre culture si assiste a uno sfumare delle caratteristiche e quindi a forme intermedie.

Questo modello ad alto contatto è stato soppiantato nelle società industrializzate da un modello "a basso contatto", caratterizzato da una distanza fisica tra il corpo della mamma e quello del bambino, che viene mediato da oggetti. Il modello a basso contatto, a contatto distale, prevede una relazione mamma-bambino che si basa non sul contatto fisico, ma sul linguaggio verbale o passa attraverso lo sguardo, quindi la mamma guarda il bambino o gli parla, la comunicazione è verbale e visiva, ma non tattile. Questa distinzione tra modello ad alto e basso contatto non è una distinzione geografica, quindi tra Nord e Sud del mondo, ma è una distinzione di tipo socio-economico, quindi la vera discriminante è proprio l'industrializzazione, il grosso cambiamento è avvenuto con l'industrializzazione: prima c'era il modello dei popoli cacciatori-raccoglitori, poi si è passati alle società agricole, ma il salto grosso è stato quello dell'industrializzazione. Per questo motivo, anche le grandi metropoli asiatiche, africane, sudamericane rientrano a pieno titolo nel modello a basso contatto, proprio così come del resto la nostra civiltà contadina di 50, 100 anni fa rientrava in un modello ad alto contatto. L'unica eccezione a questo schema che vi ho illustrato è il Giappone, che pur essendo un paese ad avanzata tecnologia, ha però saputo mantenere i valori tradizionali per quello che riguarda le pratiche di *maternage*.

Incominciamo ora il nostro viaggio partendo dall'inizio, e cioè dalla nascita, che è un punto importante perché tra l'altro tutte le culture hanno perturbato i processi fisiologici che riguardano la nascita, tranne quelle pochissime che vi dicevo, dei popoli cacciatori - raccoglitori, che sono rimasti legati a una visione armonica con la natura, di rapporto con la madre terra, e quindi sono riusciti a non interferire anche nel rapporto madre-bambino. Altrimenti c'è sempre un'interferenza che viene a turbare i processi fisiologici. Le caratteristiche della nascita nelle società tradizionali, in questo modello ad alto contatto, sono fondamentalmente due. Innanzitutto la nascita avviene in un ambiente domesti-

co, cioè in casa, è un affare di donne, la donna è circondata da altre donne, zie, mamma, levatrice. L'uomo è tenuto al di fuori della scena del parto perché ha una funzione di protezione della coppia mamma-bambino. Il travaglio e il parto avvengono in posizione eretta, cioè in piedi o accovacciata, non in posizione sdraiata. Oggi gli studi scientifici ci dicono che la posizione sdraiata è antifisiologica, e quindi rende il travaglio e il parto molto più difficoltoso e più lungo e può avere più rischi anche per il bambino. In tutte le culture di tutto il mondo, nelle società tradizionali, il travaglio e il parto avvengono in posizione eretta. Subito dopo la nascita del bambino, il primo atto che avviene è quello del taglio del cordone ombelicale e in tutte le società tradizionali il taglio del cordone ombelicale è posticipato, cioè non è immediato ma avviene dopo la fuoriuscita della placenta. Anche qui si è visto quanto sia importante questo posticipare il taglio del cordone, per permettere al neonato di avere un approccio alla vita più dolce, ricevere ancora un po' di ossigeno dal corpo materno, e anche del ferro, che è importantissimo per le riserve future, così i bambini dopo sono meno soggetti ad anemia, per esempio. Subito dopo la nascita del bambino segue un periodo che viene chiamato di reclusione, cioè dove mamma e bambino devono stare insieme, vicini, completamente a riposo, devono imparare a conoscersi, deve essere avviato l'allattamento nel migliore dei modi, la donna deve riposarsi, non deve fare assolutamente nulla, viene considerata un po' come una principessa, mentre le donne della famiglia compiono tutti gli altri lavori domestici, si occupano degli altri bambini e di tutto quello che c'è da fare in casa. Questo periodo di reclusione esisteva anche da noi, era il famoso puerperio, oggi non c'è più. Nelle diverse culture ha una durata che varia da una settimana fino a 30 giorni, come per esempio in Cina, dove si dice proprio "fare il mese". La donna viene assistita dalle altre donne, come succedeva del resto anche da noi, c'è un'attenzione particolare per la cura del corpo, che viene massaggiato, vengono fatte fasciature, le vengono somministrati infusi di erbe, c'è anche un'attenzione molto particolare per la dieta, che deve seguire prescrizioni particolari, per cui ci sono tutta una serie di norme su cibi che la puerpera deve mangiare e non mangiare, cibi caldi e cibi freddi, e così via. Nelle culture tradizionali di tutto il mondo c'è un senso molto forte dell'accoglienza al neonato, che

viene accolto con grande gioia come un ospite che viene da lontano, che arriva dal mondo dell'aldilà con un suo messaggio. Quindi compito dell'adulto è quello di trattarlo come si fa con gli ospiti, quindi con tutte le attenzioni, con ogni delicatezza, e di mettersi all'ascolto, molto umilmente, di questo bambino per capire cosa è venuto a dirci. Questo ci spiega poi tantissime cose, nel senso che ad esempio l'abitudine di non fare mai piangere un neonato è legata proprio a questa credenza, che il bambino vada trattato nel migliore dei modi, altrimenti può tornare indietro perché gli spiriti lo portano via in quanto male accolto.

Il primo pilastro del *maternage*, la prima gamba del tavolo, è l'allattamento, che è una pratica ubiquitaria: in tutte le culture le donne allattano i loro bambini. Non c'è il tabù dell'allattare in pubblico, come da noi, anche in quelle culture dove magari c'è invece per altre parti del corpo, l'espore il seno non è un problema. Non esiste il fenomeno della cosiddetta ipogalattia, che è la causa principale di fallimento dell'allattamento nella nostra realtà, perché allattano anche le nonne, nel senso che è stato documentato da un etnologo italiano il fenomeno della *lactatio agravidica*, cioè bambini che erano rimasti orfani al momento della nascita sono stati allattati da nonne o da zie che non avevano mai partorito. Questo ci fa capire quanto la lattazione sia un processo meccanico e la mancanza di latte in realtà sia un fatto culturale. Le caratteristiche dell'allattamento nella società tradizionale sono fondamentalmente due: innanzitutto l'allattamento è un allattamento a richiesta, come si diceva prima, quindi il bambino succhia ogni volta che vuole, il seno della mamma è sempre a disposizione del bambino, in qualsiasi momento della giornata. E' un seno che, come diceva Fromm, non dà solo latte ma dà anche miele, cioè oltre al cibo dà anche consolazione nei momenti di paura, di insicurezza, dà conforto. È un allattamento, come lo chiamo io, a self-service, quindi le poppate sono estremamente frequenti nel corso della giornata, è la mamma che va dietro ai ritmi del bambino e non viceversa, per cui la mamma allatta anche mentre sta compiendo le sue attività quotidiane, c'è una sorta di cooperazione tra mamma e bambino senza che nessuno interferisca con l'attività dell'altro. In secondo luogo è un allattamento prolungato: se la durata del nostro allattamento si misura in mesi, nelle società tradizionali si mi-

sura in anni. La durata media è di circa 2 anni, come consigliato anche nei testi sacri, per esempio nel Corano, nel Talmud. Naturalmente la durata è un po' in declino dappertutto, il paese che ancora oggi registra una maggiore durata di allattamento è il Bangladesh, dove ancora oggi c'è un 8% di bambini allattati al seno all'età di 5 anni. L'allattamento prolungato è uno degli argomenti su cui i pediatri hanno sempre più dibattuto, tra l'altro le donne immigrate a volte si vergognano di parlarne, perché sanno che da noi non è visto tanto bene. In realtà anche qui c'è una disinformazione a volte del personale sanitario, perché ormai OMS e UNICEF si sono pronunciate già da tempo sull'importanza dell'allattamento prolungato: nella Dichiarazione degli Innocenti del 1990 si dice che il bambino dovrebbe essere allattato almeno fino ai primi 2 anni di vita. Si è visto infatti che l'allattamento prolungato presenta moltissimi benefici e che il latte materno è ancora estremamente nutriente anche dopo l'anno di età.

L'altro pilastro del *maternage* è il massaggio. Anche questa è una pratica ubiquitaria, diffusa in Asia, in Africa, in Sud America, è una pratica quotidiana, il bambino viene massaggiato sempre, da subito, magari prima dalla nonna, poi è la mamma che impara. E' un massaggio molto energico, diverso da quello a cui siamo abituati, che ha la finalità non soltanto di curare piccoli disturbi del bambino, di fare scorrere l'energia, ma anche di creare una comunicazione tra la mamma e il bambino. Le sedute di massaggio in genere terminano con dei movimenti un po' ginnici e acrobatici, il bambino viene preso per i piedi e messo a testa in giù. L'altra cosa importante è che tutte le attività di routine quotidiana, per esempio il lavare il bambino, vengono effettuate sul corpo della mamma, che forma con le sue gambe una sorta di culla per il bambino, quindi avvengono in una situazione di sicurezza, a stretto contatto con il corpo materno. Si è visto che questo supporto delle gambe della mamma funziona proprio come supporto all'Io psichico del bambino. La mamma è anche la prima palestra di gioco per il bambino, perché le sue prime esperienze ludiche vengono fatte sul corpo della mamma, che lo fa saltellare fin da piccolo sulle sue ginocchia mentre gli canta delle filastrocche, gli enumera le parti del corpo, gli racconta la sua posizione all'interno della famiglia, la genealogia, eccetera.

Poi c'è il *Baby-carrying*, questa pratica veramente molto diffusa del portare il bambino addosso. La mamma è mezzo di trasporto per il bambino, il bambino viene messo sulla schiena quando è molto piccolo e poi portato in genere fino verso i 2 anni di vita. A 2 anni viene staccato dal seno e viene fatto scendere dalla schiena. Il portage è una pratica molto antica e molto spesso la stoffa che lega il bambino alla madre è un pezzo del vestito materno, quindi è come se il bambino fosse un prolungamento del corpo della madre, vive in simbiosi con lei, quasi come se venisse prolungata la gestazione. Si tratta della "esogestazione" di cui parlava l'ostetrico L. Braibanti, cioè una gravidanza esterna dopo quella interna. Le mamme berbere del Marocco, portano il bambino sta nel cappuccio della sua mantella. Stessa cosa per una mamma inuit, quindi siamo all'estremo Nord, non ci sono distinzioni geografiche, il bimbo sta nel cappuccio del giaccone materno. In Perù e Bolivia, stessa identica cosa. Dalla Cina proviene invece questa immagine che mi piace molto perché dà veramente l'idea di mamma e bambino che sono un cuor solo e un'anima sola. Ci sono tantissimi modelli di "bambaràn" (come lo chiamano in Guinea-Bissau), da quelli molto ricercati, un modello da giorno di festa, molto elegante, molto ricco, con una bella fila di aglio, che ha la funzione non solo vermifuga, ma anche antimalocchio, quindi doppia protezione. Poi ci sono gli optional, come quelli per coprire la testa dai raggi del sole... Il modello più curioso che ho trovato, viene da una zona della Cina a confine con il Tibet. In Cina voi sapete che i bambini, anche i più grandicelli, hanno i pantaloni con l'apertura. In Nuova Guinea, quindi siamo in un'altra zona del mondo, si usa un sacco di rete che la mamma porta in fronte, quando deve lavorare lo appende a un albero e diventa come una culla, un'amaca. Come potete vedere, il bimbo è piuttosto grande, e l'immagine ci dà l'idea del sacco amniotico, del feto nell'utero. Tra l'altro il bambino rivive lì dentro le stesse sensazioni di dondolio e di contenimento che ha provato nel ventre materno.

In Asia è più frequente il portage sul fianco, in India per esempio il bambino viene portato semplicemente a cavalcioni. Questa pratica del *baby-carrying* permette alla mamma di avere le mani libere per poter lavorare ma si è visto che ha moltissimi vantaggi e benefici da un punto di vista biologico, pediatrico, nel senso che

sono stati fatti diversi studi recenti che hanno dimostrato che per il bambino l'essere portato in questo modo serve a stimolare tutti i suoi ritmi: il ritmo sonno-veglia, il ritmo cardiaco, il ritmo respiratorio. Viene stimolato anche l'apparato vestibolare, perché il bambino sulla schiena sperimenta tante posizioni diverse, quindi viene stimolato il senso dell'equilibrio, oltre al fatto che il bambino guarda il mondo da tante prospettive, da tanti punti di vista. Ma la cosa più paradossale è che viene favorito lo sviluppo psicomotorio, anche se sembrerebbe un paradosso, perché il bambino sta fermo e legato, invece è proprio il contrario: i bambini africani stanno seduti a 4 mesi e camminano a 9. Questo succede perché lo sviluppo psicomotorio è legato al senso del ritmo, è come se il ritmo del movimento materno e anche della parola della madre, funzionassero da grilletto proprio per fare scattare lo sviluppo psicomotorio del bambino. Il bambino sta sulla schiena della mamma anche quando questa danza, quindi ne assorbe il ritmo per una sorta di memoria cinestetica. Questo è anche il motivo per cui i bambini africani ballano così bene, non perché hanno il gene della danza, ma perché sin nella pancia e poi sulla schiena della mamma hanno vissuto nel proprio corpo il ritmo. Il bambino è immerso in un bagno pulisensoriale continuo, perché non è confinato in luoghi specifici, appositi per bambini, ma sta in mezzo agli adulti e in mezzo a un sacco di stimoli visivi, uditivi, olfattivi, tattili, cinestetici e così via. Se non c'è la mamma c'è una sorellina, c'è comunque un'altra donna che porta il bambino, che lo tiene in braccio, quindi il contatto è sempre continuo. C'è un rapporto uno a uno, non c'è il rapporto un adulto e tanti bambini, come accade da noi nei nidi, il rapporto è un adulto e un bambino, però esiste, come si diceva prima, il fenomeno della circolazione del bambino, cioè il bambino si abitua a stare sulla schiena della mamma, la schiena della sorella, la schiena della nonna, cioè c'è comunque una condivisione della cura, non è soltanto la mamma a occuparsi di lui.

L'ultimo pilastro è quello del co-sleeping, cioè la pratica del dormire insieme, che è una pratica diffusa in tutte le culture. Nelle altre culture il sonno non è un fatto privato, come avviene da noi, ma è un qualcosa che avviene nel gruppo, è un evento di gruppo: si mangia insieme, si cammina insieme, si lavora insieme, si dorme insieme. In Giappone anche

oggi si dorme insieme sui famosi tatami e futon. Nelle culture tradizionali il bambino piccolo dorme sempre insieme a un adulto, è inconcepibile lasciare dormire un bambino piccolo da solo. È stato fatto uno studio in cui si è filmato il modo di dormire dei bambini che dormono da soli in America, e quello dei bambini maya del Guatemala, e poi sono stati fatti vedere i video scambiandoli. Alle mamme del Guatemala hanno fatto vedere come dormono i bambini americani e queste mamme sono rimaste sconvolte, perché per loro era una crudeltà incredibile lasciare dormire un bambino da solo, è qualcosa proprio di inimmaginabile. Naturalmente il co-sleeping permette l'allattamento anche notturno, quindi tutto ritorna, perché alla fine i ritmi di allattamento e i ritmi di sonno sono sincroni. Il co-sleeping è una delle pratiche che permangono di più anche in situazione di migrazione, tutte le donne in genere tengono il bambino a letto con sé, anche se in genere non lo dicono ai pediatri perché si vergognano. Lo fanno non per un motivo di mancanza di spazio, come spesso si è tentati di credere, ma proprio per un fatto culturale, perché è normale che sia così, perché oltretutto è un piacere anche per la mamma avere il bambino vicino. Sul co-sleeping sono stati fatti degli studi molto interessanti da un antropologo americano, James McKenna, il quale per la prima volta ha studiato il sonno della coppia mamma-bambino, cioè appunto mamma e bambino che dormono insieme, cosa che non era mai stata fatta finora, perché si era sempre studiato il sonno del bambino che dorme da solo, il bambino europeo o americano che dorme per conto suo. McKenna si è accorto di alcune cose veramente straordinarie, e cioè che i ritmi del sonno della mamma e del bambino che dormono insieme sono sincroni. Questo significa che mamma e bambino attraversano le stesse fasi di sonno nello stesso momento. Voi sapete che esistono due fasi fondamentali del sonno, il sonno REM e il sonno non REM, quindi sonno leggero e sonno pesante. Quando il bambino si sveglia molte volte la notte, e questo è fisiologico, se dorme vicino alla mamma sveglia la mamma in una fase di sonno leggero, quindi la mamma non fa fatica a svegliarsi, lo allatta e tutti e due continuano a dormire. Se invece il bambino dorme in una camera per conto suo, i ritmi di sonno non sono più sincroni, quindi la mamma si sveglia magari in una fase di sonno pesante, da cui è molto pesante svegliarsi, si alza, va a allat-

tare il bambino, magari ha perso il sonno, non riesce a riaddormentarsi, l'allattamento va a farsi benedire perché diventa davvero molto faticoso. Ma non solo, McKenna si è accorto anche che quando mamma e bambino dormono insieme, il dormire insieme è una misura protettiva nei confronti della SIDS, la sindrome della morte improvvisa in culla, che è la causa principale di mortalità nei primi 6 mesi di vita. Questo succede per vari motivi: perché la madre emette anidride carbonica, che stimola i centri cerebrali del respiro, perché tocca il bambino istintivamente se il bambino ha un piccolo momento di apnea. Si è visto che l'incidenza di SIDS è molto più bassa tra gli immigrati, per esempio in Inghilterra, che hanno questa abitudine del co-sleeping, a Hong Kong o in paesi dove i bambini dormono insieme ai genitori. Questo apre tutto un grossissimo ambito di riflessione perché da noi è ancora una pratica molto osteggiata. C'è in giro un libretto che va per la maggiore tra le mamme, che si chiama "Fate la nanna", di un pediatra spagnolo, che è qualcosa di veramente terribile, di una violenza inaudita, e che si basa sulla non conoscenza della fisiologia del sonno dei bambini. Per fortuna ne è uscito un altro, che vi consiglio caldamente, sempre di un pediatra spagnolo, Gonzales, che è stato da poco a Bologna, e si chiama "Besame mucho, come crescere i vostri figli con amore". Questo lo dico perché anche tra le mamme dei bambini che vanno al nido il sonno è una tematica importante, a volte i genitori chiedono alle operatrici, alle educatrici consigli sul sonno, quindi è bene tenere presente che c'è anche un'altra visione possibile.

Questo tipo di modello ad alto contatto si basa, come dicevo, su una famiglia estesa, quindi è possibile grazie a questa rete familiare molto ampia. In Africa dicono che è tutto il villaggio che cresce il bambino, il bambino appartiene a tutto il villaggio. L'educazione, la crescita del bambino viene condivisa dal gruppo, non poggia soltanto sulle spalle del papà e della mamma, e questo è fondamentale, anche perché è un approccio estremamente impegnativo. Le nostre mamme dicono "come, tanto tempo così sempre col bambino addosso", però non c'è solo la mamma, ci sono anche la nonna, la zia, la vicina, l'amica, la sorella, eccetera. Il modello ad alto contatto si basa anche su una visione della salute che non è la nostra, è una visione di tipo energetico, quindi una visione per cui la salute è vista come un equilibrio di forze opposte, come

uno stato di armonia e di equilibrio che si interrompe nel caso della malattia. Questa è un'immagine dei canali energetici, invisibili ma che esistono, attraverso i quali appunto scorre l'energia, e per esempio, per quanto riguarda il massaggio va ricordato che quando si massaggia il bambino nelle culture tradizionali si massaggia questa rete. Anche questo è un discorso ampio, di cui ho voluto dare solo un flash.

Cosa trovano le mamme immigrate quando arrivano nella nostra realtà? Trovano un modello opposto, il modello a basso contatto. Se torniamo al momento della nascita, da noi la nascita avviene per lo più in ospedale, in situazioni medicalizzate, la sala parto ormai è una sala operatoria, i bambini vengono fatti nascere, la donna quindi non è più protagonista del proprio parto, ma è una spettatrice. Guardate in queste diapositive anche il vissuto di sofferenza di questi neonati, cioè che tipo di accoglienza riserviamo loro. Su questo dovremmo interrogarci un po' di più. Una volta il neonato veniva addirittura preso per i piedi e sculacciato, oggi per fortuna almeno questo non si fa più, però guardate l'immagine terrorizzata di questo bambino: questo è il suo ingresso nel mondo. Quindi, se nelle culture tradizionali c'è una celebrazione dell'arrivo del bambino, con anche delle formule rituali, dei messaggi di accoglienza, perché al neonato viene detto per esempio "siamo felici che tu sia qui, sei stato desiderato, sei arrivato nel posto giusto", immaginate cosa può pensare un bambino quando arriva in queste condizioni. Ancora oggi, purtroppo, in molti ospedali esiste la nursery, questa istituzione in cui i bambini vengono tutti messi nei carrelli e poi portati ogni 3 ore alle mamme per essere allattati, con la scusa della protezione dalle infezioni. In realtà è esattamente il contrario, perché sappiamo benissimo che i bambini hanno gli anticorpi per le infezioni della mamma, ma non quelli per le infezioni ospedaliere. L'allattamento da noi è perlopiù un allattamento artificiale, anche se inizia come allattamento al seno, però si esaurisce in breve, perché non c'è sostegno alla mamma. Io ho visto moltissime donne immigrate andare in crisi proprio i primi 15 giorni, quando venivano dimesse dall'ospedale, perché non gli veniva detto assolutamente nulla, andavano a casa con seni ingorgati, quindi non riuscivano ad allattare, perché c'è il vuoto dopo il parto. Sul pianto del neonato, mentre nelle culture tradizionali, per esempio presso i Kung del

Kalahari, la risposta al pianto è stata calcolata in 30 secondi, in America uno studio ci dice che nel 43% dei casi di pianto nel primo anno di vita non c'è risposta da parte del genitore. Anche questo è un messaggio terribile secondo me, perché il bambino impara che non c'è da fidarsi del mondo esterno: se io chiamo nessuno risponde, e questa è la base per creare dei futuri psicotici. Per quanto riguarda il sonno, c'è l'inizio di un cammino attraverso una serie di contenitori, perché il bambino non sta a contatto con il corpo materno, ma viene messo nella culla, nel lettino, nella carrozzina, passa la maggior parte del suo tempo sdraiato a guardare il soffitto (il 70% del suo tempo un lattante europeo nei primi due mesi di vita, a confronto di un 10% di un lattante africano). Oppure c'è il famoso lettino con le sbarre, il lettino prigioniero, da cui il bambino viene tolto e infilato dentro dall'adulto, che limita ogni autonomia perché il bambino non può entrarvi o uscirvi da solo. Per consolarlo gli viene dato il famoso oggetto transizionale, così il contatto corporeo con la mamma viene sostituito dal contatto con un oggetto. Il pediatra spagnolo, autore di "Fate la nanna", dice che non bisogna assolutamente cullare il bambino, né stargli vicino, dargli la mano, ma bisogna dargli un oggetto e dire "questo è il tuo pupazzo, dormi con lui", che equivale a dire "Hai paura? Arrangiatevi! Hai problemi? Te li devi risolvere da solo", questo dall'inizio della vita, quindi potete immaginare le conseguenze.

Questo modello a basso contatto poggia su una visione della salute che è totalmente diversa da quella che vi dicevo prima, quindi una visione meccanicistica, che punta più sulla terapia che sulla prevenzione, tant'è che oggi i bambini sono imbottiti di farmaci anche senza valido motivo. Il tipo di famiglia che sta alla base di questo modello è la famiglia mononucleare, madre, padre e bambino, però sempre più spesso, purtroppo, tra le donne immigrate, diventa la famiglia monoparentale, cioè solo la mamma che deve tirare su il bambino, quindi una situazione davvero molto difficile per una donna che si trova completamente privata di una rete familiare a cui invece è abituata.

Concludo con alcune riflessioni per tirare un po' le fila di quello che ho detto. Come abbiamo cercato di evidenziare, e come è stato detto da chi mi ha preceduto, non esiste un solo modo per crescere i bambini, ma tanti quanti sono le culture, quindi la puericultura non è una

sola, come spesso noi siamo portati a credere, ma ogni cultura possiede le sue peculiari pratiche di *maternage*, finalizzate all'obiettivo educativo che vuole raggiungere. Più prevale la cultura sulla natura, più le pratiche diventano aggressive. Le pratiche parentali cambiano nello spazio ma cambiano anche nel tempo, e sono sempre in continua evoluzione e trasformazione. Quello che noi troviamo in culture che sono per noi diverse, spesso apparteneva anche ad un nostro passato non poi così lontano. Ecco perché il confronto con l'altro è così importante, perché ci fa da specchio, ci permette di ritrovare qualcosa di noi. E' paradossale che proprio nel momento in cui la medicina, la psicologia occidentali danno in qualche modo fondamento scientifico a pratiche di cura infantili in uso nelle popolazioni tradizionali, queste stesse popolazioni tendono a rinunciare a molti dei loro costumi ancestrali per avvicinarsi al modello occidentale. Sia nei Paesi di origine, ma soprattutto nei Paesi di emigrazione, si assiste infatti a un declino nell'uso delle pratiche di *maternage* tradizionali e a una loro trasformazione. Emblematiche sono a questo proposito le parole di una scrittrice nigeriana, che dice: "a casa, in Nigeria, tutto quello che una madre doveva fare per un neonato era lavarlo, dargli da mangiare, legarselo con una stoffa sulla schiena, e continuare il proprio lavoro con il bambino addormentato in spalla. Ma in Inghilterra doveva lavare montagne di pannolini, portare il bambino a passeggio per fargli prendere un raggio di sole, stare attenta ai pasti e darglieli con regolarità, come se stesse servendo un padrone, e parlare al bambino, anche se aveva un solo giorno di vita. Oh, sì in Inghilterra occuparsi di un bambino era un lavoro a tempo pieno, e questo era molto difficile per una donna nigeriana, perché non poteva contare sull'aiuto che la famiglia stessa di solito fornisce in queste situazioni". Se a questo poi si aggiungono gli atteggiamenti rigidi e prescrittivi degli operatori sanitari si può facilmente comprendere come una donna immigrata, tanto più molto giovane, sentendosi divisa tra due mondi e due culture, vada spesso incontro ad ansia, confusione, addirittura destabilizzazione. Nasce così quello che H. Stork chiama il conflitto di *maternage*, che può avere 3 esiti: o sfociare in una deculturazione, e cioè in una non integrazione della donna - in genere si tratta di donne molto giovani, che non parlano la lingua, che non hanno il sostegno dei mariti, per cui gli strumenti della cultura occi-

dentale diventano funzionali al distacco- ed è il caso in cui si hanno più problemi psicopatologici nei riguardi dei bambini. Oppure, si può avere l'esito completamente opposto, che è quello dell'acculturazione riuscita, cioè dell'integrazione della donna nella cultura del Paese ospitante. In questo caso la donna riesce a integrarsi perché magari ha una rete familiare più forte, perché ha il sostegno del marito, perché è emigrata in età più avanzata, perché ha avuto tutto un apprendistato delle pratiche di *maternage*. Riesce a conciliare i valori della tradizione con quelli nuovi della società che la ospita e a fare una sintesi degli aspetti positivi dell'una e dell'altra cultura. Poi c'è l'esito più frequente, che è quello della semi acculturazione, cioè un processo intermedio in cui c'è l'adozione in misura sempre maggiore delle pratiche di *maternage* occidentali, ma nello stesso tempo vengono conservate anche alcune pratiche tradizionali. Ecco perché per noi è un compito urgente, come operatori e come interlocutori privilegiati delle famiglie immigrate, formarci su queste tematiche e confrontare le pratiche di *infant-care* con le scoperte scientifiche contemporanee, per creare appunto una giusta alleanza tra tradizione e modernità. Oggi intatti abbiamo la possibilità di combinare ciò che la moderna tecnologia e la conoscenza scientifica hanno da offrire con ciò che è meglio per la biologia del bambino, ed è in questo spirito, in questa ottica che si pone il nostro lavoro. Non si tratta quindi di voler proporre dei modelli da imitare, o di voler importare nella nostra società delle pratiche di *maternage* tipiche di altre culture, per una sorta di esotismo purtroppo di moda, e cito sempre H.Stork, ma piuttosto di suscitare una riflessione più ampia sui bisogni primordiali del bambino e le condizioni più favorevoli per il suo sviluppo, e a questo fine l'incontro con l'altro si rivela di fondamentale importanza. Se è vero, come si è detto, che l'incontro con il diverso da noi spesso ci mette in crisi, è altrettanto vero che ci offre altrettante possibilità di trasformazione, e mi piace ricordare a questo proposito che il termine cinese per "crisi" è caratterizzato da due caratteri che significano appunto pericolo e opportunità. Noi occidentali siamo abituati a prendere in considerazione solo il primo di questi aspetti in genere, dimenticandoci del secondo, così vediamo la diversità più come una minaccia che come un'occasione per crescere e migliorare. La sfida che oggi ci aspetta è invece proprio riuscire, superando l'ormai obsole-

ta visione etnocentrica, a creare un nuovo sapere meticcio, che sintetizzi e valorizzi gli aspetti positivi di ogni cultura. Se riusciremo a fare ciò, avremo aiutato anche le mamme, i bambini venuti da lontano a non rinunciare a una parte della loro identità culturale, e a non privare anche il resto dell'umanità del loro contributo alla costruzione di quella civiltà dell'universale tanto auspicata dal poeta senegalese Senghor. Vorrei concludere l'intervento di oggi con un'immagine che amo molto, che è il logo del forum dell'WABA, un'associazione per l'allattamento che si è tenuto in Thailandia nel '96, che riprende l'immagine di un mandala - disegno simmetrico, simbolico e sacro in molte culture - e ci ricorda che la protezione della coppia mamma-bambino, e quindi la promozione del suo benessere, richiede un approccio olistico, cioè globale, che comprenda scienza ed etica, teoria e pratica, politica e azione, ma anche, aggiungo io, che tenga conto della dimensione spirituale. La madre che allatta al centro del mandala incarna il simbolo *yin e yang* dell'equilibrio fra tutti questi diversi elementi, e ci invita a trovare e inventare nuove strategie, nuovi sbocchi, nuove alleanze, nuove attività per sostenere mamme e bambini a qualsiasi cultura appartengano, nel loro cammino di crescita insieme, perché è partendo dalle mamme e dai bambini che si riuscirà e costruire un mondo nuovo, di pace e di amore, sia per coloro che sono già nati, ma anche per le generazioni a venire, per coloro che verranno.

Bibliografia

- González Carlos, *Bésame mucho. Come crescere i vostri figli con amore*, Coleman, 2006
- Estivill Eduard e De Béjar Silvia, *Fate la nanna. Il semplice metodo che vi insegna a risolvere per sempre l'insonnia del vostro bambino*, Mandragora, 1999

Minori e famiglie migranti nella scuola di base

Mariangela Giusti

*Docente di Pedagogia interculturale
Università degli Studi di Milano Bicocca*

Mi è stato assegnato un argomento che ho affrontato in più occasioni nel corso degli anni in alcuni testi che ho scritto. Già nel mio primo libro sui temi dell'intercultura, "L'educazione interculturale nella scuola di base",¹ questo tema era presente, seppure in posizione marginale, e ha continuato ad esserlo nei testi successivi. Di fatto, è quasi impossibile occuparsi di educazione e intercultura senza tenere presenti anche alcuni riferimenti alle relazioni familiari e parentali, alle abitudini e ai rapporti educativi presenti nelle famiglie dei minori che abbiamo in classe.

Il contributo che qui presento è così strutturato: inizia con una parte introduttiva di tipo antropologico; di seguito vengono proposti alcuni dati significativi tratti da una ricerca socio-educativa quantitativa; infine verranno forniti alcuni spunti da una ricerca qualitativa di taglio pedagogico condotta attraverso interviste non direttive ad allievi e allieve di scuola secondaria di primo grado.

L'argomento, "minori e famiglie migranti in relazione ai servizi educativi" è molto vasto. Se lo affrontiamo - come in questo caso - in una prospettiva di formazione in servizio, è utile partire da qualche esempio: cominciare a riflettere da lì, cercare di ragionarci insieme, per poi fare riflessioni autonome su alcuni fattori causa di squilibri per le famiglie migranti che hanno i loro bambini nei servizi educativi e sul ruolo di mediazione necessario.

*I retroterra cultural/familiari degli allievi:
alcuni esempi*

Se andiamo un po' indietro nel tempo (agli inizi degli anni '90) quando la riflessione pedagogica sull'intercultura in Italia era ai suoi albori, ci rendiamo consapevoli che lo "sguardo antropologico" è stato importante per i pedagogisti perché ha aiutato ad avviare riflessioni nuo-

ve sul valore della cultura di appartenenza in relazione ai processi apprenditivi. In molti casi la pedagogia ha preso avvio da ricerche e da saperi consolidati sulle culture altre, che gli antropologi già possedevano; in altri casi sono state condotte ricerche empiriche di taglio antropologico-pedagogico.

Di fatto, nella vastità di vissuti che potenzialmente (e concretamente) gli insegnanti, gli educatori, coloro che operano nei servizi educativi hanno di fronte, spesso c'è la necessità di capire, di conoscere qualcosa di più sui retroterra cultural-familiari degli allievi. Con ciò diciamo subito che occorre ricordare, col filosofo R. Rorty, che realisticamente è impossibile che conosciamo bene le culture degli altri. Di quante culture dovrebbe essere esperto un insegnante? Rorty ammonisce che al massimo ciascuno di noi può conoscere bene un'altra cultura, oltre la propria². Ciò che possiamo fare è acquisire un'abitudine professionale ad avvicinarci alle diverse culture delle famiglie straniere senza giudicare. L'insegnante può avere davanti a sé in classe (nei gruppi che coordina e/o che guida) una quantità numerosa di mondi culturali di appartenenza. Per questo è bene avere qualche punto di riferimento che sottolinei le differenze di partenza. In questo senso lo sguardo antropologico ci è utile perché di volta in volta può esservi la necessità o la curiosità di consultare un testo specifico, se si presentano delle problematiche circostanziate³.

Allora partiamo con qualche esempio che ha a che fare con i retroterra culturali di ap-

² R. Rorty, A. Baslev, *Noi e loro*, Milano, Il Saggiatore, 2003

³ I testi consultati per le indicazioni che vengono fornite nel paragrafo sono i seguenti: V. Lanternari, *L'incivilimento dei barbari*, Bari, Dedalo, 1993 (culture Latinoamericane); M. Karpati, *Adolescenti zingari e non zingari*, Roma, Centro Studi Zingari, 1987; L. Piasere, *Popoli delle discariche*, Roma, CISU, 1991 (popoli rom e sinti); AA.VV., *Tradition et développement dans l'Afrique d'aujourd'hui*, Unesco, PUF, 1989 (culture africane); F. Gabrielli, *Gli Arabi*, Firenze, Sansoni, 1986; A. Cheng, *Il re degli scacchi*, Milano, Bompiani, 1992

¹ *L'educazione interculturale nella scuola di base* (Milano, RCS/La Nuova Italia) è uscito in prima edizione nel 1995, è stato ristampato in edizione aggiornata e ridotta nel 2005.