

Michela Baroni

Tanti modi di nascere e crescere. Modelli di maternage a confronto per promuovere il benessere dei più piccoli e delle loro famiglie

Riassunto

Il presente lavoro delinea i tratti distintivi dei diversi stili di maternage presenti nel mondo con l'intento di offrire agli operatori che lavorano a diverso titolo in contesti di crisi e di emergenza delle linee teoriche e pratico-operative per supportare al meglio i bambini più piccoli e i loro genitori, in questa fase delicatissima della loro vita e della loro relazione. L'articolo ha un taglio interculturale e propone un viaggio tra le pratiche di accudimento e di cura tipiche di diversi contesti culturali. Questo tipo di intervento si situa nel filone di pensiero che afferma che tutelare la salute, in particolare dei più piccoli, nei diversi contesti di emergenza significa lavorare per la promozione del benessere psicofisico delle persone coinvolte.

Parole chiave: stili di maternage, alto e basso contatto, benessere, genitorialità, emergenza

Abstract

This work outlines the main features of the different maternage styles existing in the world. Its purpose is to provide the workers which are engaged in emergency and crisis contexts with different roles some theoretic and practical guidelines to support young children and their parents in the best way, as they are living the hardest period of their life and mutual relationship. The present article adopts a intercultural viewpoint and provides a journey through the different practices of child care and parenting in several cultural contexts. This article joins the philosophy which affirms that protecting health in the various emergency contexts means working to promote the psychophysical well-being of the people involved, especially the younger ones.

Key words: maternage styles, high and low contact, well-being, parenting, emergency.

Non esiste un solo modo o un modo che possa essere considerato “giusto” per crescere i bambini, ma tanti modi diversi quante sono le culture e, potremmo aggiungere, quanti sono i bambini perché, come ogni genitore sa, ciò che è adatto per un figlio non è detto che lo sia per tutti gli altri.

(Balsamo, in *La casa di tutti i colori*, 2002, p. 155)



Emergenza e stili di maternage a confronto: le ragioni di una scelta

Il gruppo Meno 9+1 della Cooperativa Focus è un gruppo di riflessione pedagogica, composto da pedagogiste e psicologhe, con l'intento di approfondire e comunicare contenuti pedagogici che orientino azioni individuali e progettuali a favore delle famiglie che vivono l'evento della gravidanza e dell'accompagnamento alla crescita dei più piccoli. Lavoriamo con le famiglie e i loro piccoli, e anche con gli operatori che a diverso titolo e in diversi contesti incontrano queste persone, mettendo a loro disposizione le nostre competenze, le nostre conoscenze e le nostre riflessioni in chiave pedagogica, nel tentativo di ridare spazio e valore all'educativo anche agli inizi della relazione genitore-bambino.

La citazione iniziale esprime in modo chiaro il motivo per cui si è scelto di portare avanti una riflessione sulle modalità di accoglienza della vita e dell'accompagnamento alla crescita dei più piccoli nel mondo. Non esiste un solo modo per crescere i bambini e soprattutto non esiste un modo da considerarsi migliore o più giusto. Le modalità attraverso le quali gli adulti si prendono cura del nuovo arrivato, sin dal concepimento, sono modalità marcatamente culturali. Tale consapevolezza diventa fondamentale per tutti: per i genitori, per le famiglie di riferimento, per gli operatori che a diverso titolo lavorano con le neomamme e i neopapà e che li affiancano in questa fase. A nostro parere, tutto questo diventa centrale anche per coloro che incontrano i neogenitori e i loro piccoli in contesti segnati dalla precarietà e dalla crisi, e per questo si è pensato di proporre queste riflessioni in questo articolo.

La nascita di un bambino trasforma la coppia e il singolo. Con la nascita di un piccolo, nascono due genitori e una coppia genitoriale. Questa trasformazione è già in sé un passaggio critico, che costringe le persone in gioco a vivere nuove dinamiche, nuovi equilibri, nuove relazioni e anche nuove emozioni e responsabilità. Se tutto questo deve avvenire in un contesto a sua volta in rapido mutamento e critico, il compito diventa ancora più difficoltoso e arduo. L'operatore che lavora in emergenza in termini relazionali diventa quindi fondamentale per contenere e supportare la coppia parentale, il singolo genitore e quindi il piccolo.

In ambito sia nazionale che internazionale, per fare questo occorre però riconoscere ed essere consapevoli che il proprio sguardo ha una matrice culturale precisa, che l'operatore è "abitato da un *pregiudizio etnocentrico*" (Ielasi, 2011) e quindi deve operare un costante decentramento da sé per cogliere e accogliere l'altro. Occorre essere consapevoli delle proprie idee, convinzioni, modelli su come si dovrebbero accogliere e educare i piccoli, sin dai primi giorni di vita, su cosa si ritiene giusto e corretto, su quali siano le pratiche considerate non solo accettabili ma anche sane, anzi ottimali. Anche in merito agli inizi della vita, infatti, le convinzioni, le teorie e soprattutto le pratiche, tradizionali o innovative, hanno una fortissima matrice culturale. Questa consapevolezza può aiutare l'operatore nella

scoperta e nella valorizzazione di pratiche e modalità altre, riconoscendole non come tradizioni particolari, ma come vere e proprie modalità di un sistema di cura finalizzato al benessere del piccolo.

La natura culturale dello sviluppo: le basi teoriche

Le basi di un approccio teorico e operativo come quello appena descritto sono da rintracciarsi prima di tutto nella *prospettiva storico-culturale* proposta da Lev Vygotskij. Lo sviluppo umano è da considerarsi un processo culturale: ogni persona e, quindi, anche i bambini, partecipano alla vita culturale della comunità di appartenenza e, attraverso il linguaggio e altri strumenti culturali, riescono a comunicare e imparare gli uni dagli altri.

Charles Super e Sara Harkness (in Rogoff, 2004) hanno elaborato, in questo filone di pensiero, il concetto di *nicchia di sviluppo*, per indicare l'ambiente in cui vive il bambino. La nicchia evolutiva è un sistema complesso, composto da diversi sottosistemi che sono in relazione e interagiscono tra loro. I tre sottosistemi della nicchia evolutiva studiati in rapporto alla personalità del bambino sono:

- l'ambiente fisico e sociale in cui vive il bambino (clima, territorio, spazio, paesaggio... e ruoli familiari, condizioni di vita, reti di scambio familiari...);
- le modalità di accudimento e di educazione, regolate culturalmente dall'appartenenza a quel contesto specifico;
- le rappresentazioni dell'infanzia e la psicologia di chi si occupa del bambino (anche le convinzioni degli adulti sul bambino, sull'infanzia, sulle finalità dell'educazione...).

Secondo questi autori, infatti, questi tre elementi influiscono in modo determinante sulla personalità del bambino e sul suo sviluppo, poiché determinano e condizionano le modalità di relazione tra lui e le persone che si occupano della sua crescita.

Barbara Rogoff, nel suo testo *La natura culturale dello sviluppo* (2004), approfondisce ulteriormente il rapporto tra cultura e sviluppo. L'autrice afferma che "lo sviluppo umano implica una partecipazione degli individui a comunità culturali e può essere compreso solo alla luce delle pratiche culturali e delle condizioni di tali comunità, che sono anch'esse in continua evoluzione» (p. 1). Questo assunto è per l'autrice alla base anche dei seguenti principi:

- "la *cultura* non è semplicemente ciò che fanno *gli altri*" (p. 9) ma anch'io appartengo a una cultura precisa, che si manifesta proprio nell'incontro con altre comunità culturali;

- “lo studio della propria cultura e di quella degli altri richiede un’assunzione di una prospettiva per *contrasto*” (p. 9), poiché tutti siamo immersi in processi culturali, molti dei quali impliciti e molto pervasivi;
- “le pratiche culturali sono tra loro correlate e si influenzano a vicenda” (p. 9); per questo, per studiare una cultura, occorre considerare l’insieme delle pratiche culturali come un insieme complesso ma coeso;
- “le comunità culturali si evolvono continuamente al pari degli individui che vi prendono parte” (p. 10); ciò è dovuto ai rapporti che la comunità nel suo insieme, ma anche i singoli individui, intrattengono con altre culture. Tale variabilità costituisce una ricchezza per far fronte alle novità e agli imprevisti;
- “non esiste un *modo migliore* di fare le cose” (p. 10), anche se ciò non significa legittimare tutte le pratiche culturali. Nell’accostarsi alle altre culture occorre sempre sospendere il giudizio e assumere un atteggiamento di apertura a diverse possibilità.

Nel suo testo, l’autrice, partendo da questi presupposti, affronta un’analisi dettagliata dello sviluppo umano nelle diverse comunità culturali. Da un lato, evidenzia il ruolo della cultura nello sviluppo dei bambini e nelle interpretazioni che gli adulti danno del loro comportamento agito e atteso; dall’altro, pone l’accento sulla dinamicità della partecipazione alla vita comunitaria e del rapporto tra singolo e comunità e tra diverse comunità.

Diversi modi per crescere

I quadri teorici fin qui evidenziati aiutano a comprendere che ogni comunità culturale ha sviluppato nel corso della storia, e continua a sviluppare quotidianamente, delle pratiche e delle modalità che ritiene opportune ed efficaci per accompagnare la crescita dei suoi piccoli. “Non esiste un solo modo o un modo che possa essere considerato *giusto* per crescere i bambini, ma tanti modi diversi quante sono le culture” (Balsamo, in *La casa di tutti i colori*, 2002, p. 155).

Questa diversità può risultare piuttosto sfumata se consideriamo la prima e la seconda infanzia, poiché prevale l’idea che i bambini così piccoli siano, in ogni parte del mondo, “solo dei bambini”, e che non sussistano differenze particolari tra loro. Eppure le condizioni ambientali, climatiche, geografiche, economiche, culturali, sociali e familiari influiscono sulle modalità di cura adottate dalla mamma e dalla famiglia nei confronti del nuovo nato sin dalla vita intrauterina. Ciò comporta l’esistenza di pratiche diverse di *maternage* e, quindi, di percorsi di sviluppo differenti.

Attualmente si è concordi nel raggruppare le diverse pratiche di cura

diffuse nel mondo, nonostante le notevoli sfumature e differenze, sulla base di due modelli di riferimento che sono definiti in rapporto al livello di contatto corporeo tra mamma e bambino: il modello a basso contatto e il modello ad alto contatto.

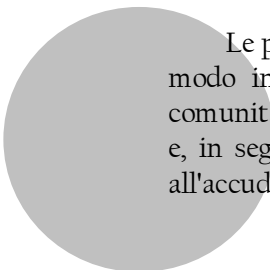
Il modello ad alto contatto è caratterizzato da un contatto fisico prolungato e pressoché continuo tra il neonato e la madre, o la persona che se ne prende cura, dalla nascita fino ai due anni circa di vita del bambino. È considerato tipico delle culture e delle società meno industrializzate, fatta eccezione per il Giappone dove alto contatto e industrializzazione coesistono.

Il modello a basso contatto, invece, è basato su una relazione tra madre e bambino caratterizzata dalla distanza fisica, dalla predominanza del linguaggio verbale e del contatto visivo. È nato nelle società industrializzate e solo recentemente si sta diffondendo, a causa della globalizzazione, nelle metropoli del sud del mondo, in alcune delle quali, progressivamente, sta sostituendo il modello di cura più tradizionale. La distinzione tra alto e basso contatto non è, quindi, una distinzione su base geografica, tra Nord e Sud del mondo, ma è una distinzione di tipo socioeconomico. La vera discriminante è proprio l'industrializzazione, con la cultura sociale ed economica ad essa legata, che determina l'affermarsi di pratiche di maternage a basso contatto.

La globalizzazione ha accelerato il confronto tra i diversi sistemi di cura, rendendo molto sfumati i contorni dei modelli di riferimento e di alcune pratiche di cura. Da un lato, questo ha fatto sì che pratiche di cura a basso contatto si diffondessero in diverse zone del mondo (nelle metropoli e nelle zone industriali del Sud America, dell'Africa, dell'Estremo Oriente e in Oceania) parallelamente alla trasformazione economica e sociale di questi territori; dall'altro, il meticcio culturale crescente delle *nostre* città occidentali ha permesso una progressiva riscoperta di modalità ad alto contatto, ormai perdute a livello culturale dominante, anche nelle società più industrializzate. Tutto ciò impedisce una distinzione netta tra le culture e i modelli culturali di riferimento.

Il fatto di impostare comunque il discorso in base a questo tipo di classificazione ci aiuta a delineare un quadro generico e a dotarci di strumenti concettuali condivisi e condivisibili per affrontare il tema in esame, sebbene non valorizzi l'estrema variabilità e l'evoluzione continua delle culture e delle scelte individuali e sociali presenti “sul campo”.

Alto e basso contatto: pratiche di maternage a confronto



Le pratiche di maternage ad alto e a basso contatto si differenziano per il modo in cui viene vissuta, da parte della donna, della famiglia e della comunità di riferimento, la relazione genitore-bambino sin dal concepimento, e, in seguito, per il tipo di allattamento proposto e per le pratiche relative all'accudimento e al sonno.

La *gravidanza* nelle culture ad alto contatto è considerata un evento naturale e ciclico nella vita della donna fertile; spesso è vista come un segno della benevolenza di Dio e/o degli spiriti. Nelle società a basso contatto, invece, si è persa sia la dimensione di naturalezza sia quella spirituale della gravidanza, mentre è cresciuta l'attenzione medica che ha portato allo sviluppo di pratiche di monitoraggio e di analisi prenatali sempre più precise. Questo da un lato ha favorito l'attenzione e la cura della salute della madre e del bambino mentre dall'altro ha spesso trasformato la percezione di questo tempo come un tempo non fisiologico, al limite con la malattia.

Pratiche di maternage

ad alto contatto	a basso contatto
gravidanza e parto fisiologici	gravidanza e parto medicalizzati
allattamento al seno a richiesta	allattamento artificiale
portare i bambini con supporti non strutturati	uso di differenti e molteplici "contenitori"
massaggio	contatto prevalentemente vocale e visivo
co-sleeping	abitudine precoce al sonno individuale

fig. 1

Nelle culture ad alto contatto, il *parto* avviene spesso in casa ed è "un affare di donne". Vi è una scarsa medicalizzazione dell'evento e si ricorre piuttosto a rituali e pratiche di antica memoria, tesi a favorire la puerpera e il bambino. La donna è circondata dalle donne della famiglia allargata, da amiche e vicine, da esperte levatrici: questa condizione sostiene la donna nel parto ed evita l'isolamento e la solitudine. La donna è quasi sempre lasciata

libera di sperimentare diverse posizioni sia durante il travaglio sia nella fase espulsiva, e di trovare il proprio stile e la propria modalità di parto, che quasi sempre avviene in posizione eretta o accucciata. Il bambino è posto subito a stretto contatto con il corpo della madre e il taglio del cordone ombelicale è effettuato solo dopo l'espulsione della placenta, così che il bambino possa sperimentare un passaggio graduale alla respirazione autonoma.

La mamma *allatta* immediatamente il bambino e nei giorni seguenti questo stretto contatto è continuo. Il bambino è allattato a richiesta e spesso la madre offre il suo seno ancor prima che il bambino segnali di volerlo. In quasi tutte le culture, il *puerperio* è il tempo in cui la donna e il suo bambino godono di attenzioni particolari da parte di tutta la famiglia allargata: non vengono mai separati e altre donne svolgono i lavori di casa al posto della madre, che può godere del riposo e di una dieta speciale.

Nelle culture a basso contatto, invece, il parto è un evento completamente medicalizzato. Si partorisce in ospedale, la donna è circondata dallo staff medico e solo recentemente è stata riammessa in sala parto una persona che sostenga la donna in questo momento. Le prassi e i vincoli medici, spesso, prevalgono sullo stile proprio della donna e la vincolano sia nel travaglio, sia nella fase espulsiva. Il cordone ombelicale è tagliato quasi subito e il bambino è separato dalla madre per i controlli sanitari di routine per poi essere ricondotto da lei. Nei giorni seguenti al parto, la madre, ricoverata in ospedale, è spesso separata dal bambino, che è posto nella nursery e portato a lei solo per i pasti a orari regolari. L'*allattamento* a richiesta ed esclusivo per almeno i primi sei mesi di vita del bambino, consigliato anche dall'OMS, è poco incentivato e di conseguenza poco praticato. Sono diffuse ancora oggi, infatti, pratiche e credenze che portano in breve tempo alla cessazione dell'allattamento al seno a favore di quello artificiale. È ancora frequente la pratica di dimettere il bambino dall'ospedale con la prescrizione di aggiunte di latte in polvere o di orari rigidi anche per i pasti al seno. Inoltre, vengono fornite indicazioni scarse e spesso contraddittorie alle neomamme in materia. Ciò impedisce di fatto che la madre e il bambino godano dei notevoli vantaggi e benefici di tipo psicologico (buon legame con la madre, maggiore tranquillità del bambino) e di tipo fisico (maggiore rapidità nella contrazione uterina, possibilità per il bambino di nutrirsi con il colostro che ha funzione anti-infettiva) legati all'allattamento al seno.

Questo modello, diffusissimo fino a qualche anno fa, si sta pian piano modificando anche in Italia, grazie all'iniziativa di operatori sanitari sensibili e alla certificazione *Ospedali amici dei bambini* rilasciata dall'OMS e dall'UNICEF alle strutture sanitarie che favoriscono l'allattamento al seno. La campagna *baby friendly hospital initiative* è stata lanciata su scala mondiale nel 1992. Dal lancio ad oggi, sono stati più di 20.000 gli ospedali, in 140 Paesi in via di sviluppo e industrializzati, che hanno ottenuto il riconoscimento di *amici dei bambini* (dati Unicef Italia 2011). Nelle prassi mediche e ostetriche di alcuni ospedali si stanno riaffermando alcuni principi e alcune modalità

tipiche delle culture tradizionali, nell'ottica di coniugare la sicurezza dell'intervento medico con modalità più rispettose della madre e del bambino.

In Italia, attualmente, prevale quindi un panorama molto variegato, le cui caratteristiche sono dettate dal tipo di formazione del personale e dal tipo di struttura sanitaria e ospedaliera a disposizione delle neomamme, ma anche dal grado di consapevolezza e di conoscenze delle mamme stesse.

L'alto contatto è inoltre realizzato tramite la pratica del *baby-carrying*, ovvero "l'abitudine di *portare addosso* il bambino" che è "uno dei pilastri del maternage nelle società tradizionali" (Balsamo, 2002). Le diverse comunità culturali hanno sviluppato varie modalità affinché la donna porti comodamente sempre con sé il bambino: sulla schiena attraverso un panno di stoffa (Africa, Sud America), in un'imbragatura sul fianco (Bali), in parti dell'abito della madre (tra gli Inuit, e tra i Kung del deserto del Kalahari), in un'apposita rete (Papua Nuova Guinea) o per mezzo di una banda intessuta (Indios dell'Amazzonia). Tutte queste modalità consentono al bambino di godere di uno stretto contatto con la persona che si occupa di lui in quel momento. In questo modo il piccolo gode dell'esperienza, fortemente rassicurante, del contatto con la madre e rivive in parte le condizioni della vita uterina, quali il dondolio, la comunicazione speciale con lei, le numerose sensazioni tattili. Questa esperienza permette al piccolo di gettare delle basi solide sia per la fiducia in se stesso sia per le successive conquiste di autonomia (Liedloff, 1994). La madre, a sua volta, offre contenimento e sicurezza al proprio figlio e impara a riconoscere le sue emozioni e i suoi bisogni e a rispondervi tempestivamente.

Attualmente numerosi riscontri medici e psicologici confermano che questa pratica, nata agli inizi della storia umana per permettere ai cuccioli di uomo il contatto necessario per la loro sopravvivenza, contribuisce al benessere dei bambini. È stato osservato, per esempio, che il bambino "portato" sviluppa presto sia il senso del ritmo sia l'equilibrio, e che ciò favorisce il suo sviluppo psicomotorio, rendendolo capace di stare seduto e camminare molto prima che nel modello a basso contatto.

Nelle pratiche a basso contatto, la pratica del *baby-carrying* è quasi insistente e il bambino è spesso lasciato in posizione orizzontale per molte ore al giorno utilizzando diversi supporti (passeggini, lettini, sdraiette, ecc.). Egli è quindi privato sia del contatto prolungato con la madre sia delle stimolazioni sensoriali che questo comporta.

Il contatto corporeo ad alta intensità è inoltre favorito dalla pratica del *massaggio infantile*, che in molte culture è una sapienza millenaria trasmessa tra le donne di diverse generazioni. Il massaggio è un momento speciale, dedicato proprio alla comunicazione pelle a pelle tra madre e bambino, che favorisce lo sviluppo tattile del piccolo. Questa pratica è ben poco diffusa nelle culture dove predomina un modello di basso contatto, anche se recentemente la si sta riscoprendo.

I due modelli si differenziano anche per la gestione del momento del

sonno e per le teorie e le credenze relative ad esso. Nel modello a basso contatto, il bambino è abituato sin dai primi istanti di vita a addormentarsi e dormire da solo, spesso in una stanza tutta sua. Per abituarlo a ciò i genitori arrivano anche a lasciarlo piangere a lungo, fin quando, stanco, non si addormenta. Anche per l'addormentamento, infatti, prevale l'idea che la concessione del contatto possa viziare il bambino; inoltre, è diffusa l'idea che la pratica del *co-sleeping* (dormire insieme) sia dannosa e malsana.

Queste modalità sono sconosciute nelle culture ad alto contatto, che le considerano una vera e propria forma di violenza nei confronti dei più piccoli (Rogoff, 2004, p.204). Infatti, il piccolo condivide il sonno con la madre e spesso con il padre e, quando diventa più grandicello, con i fratelli o altri parenti. Di norma, anche gli adulti condividono il letto con gli altri membri della famiglia, poiché questo rientra nella visione comunitaria della vita tipica dei popoli tradizionali (Balsamo, 2002). Attualmente numerosi gli studi confutano la credenza che il *co-sleeping* sia dannoso per la salute del bambino e che, al contrario, mostrano come questa pratica offra benefici sia dal punto di vista psicologico (sicurezza, rassicurazione, buon legame con la madre, ecc.) sia dal punto di vista fisico (minore frequenza cardiaca, minore incidenza della Sids, ecc.) se vengono rispettate norme minime di sicurezza (McKenna, 2011; Balsamo, 2002; Martini, in Chinosi 2002, p.179; Rogoff, 2004, p. 200).

Valori di riferimento: modelli educativi a confronto

Nelle culture ad alto contatto, il bambino, sin dai primi giorni di vita, vive una forte relazione con la madre e, quindi, con la comunità in cui vive. Il bambino, sia di notte sia di giorno, partecipa alla vita della comunità; impara a conoscerne i suoni, i rumori, gli odori, le attività, le persone, dalla posizione privilegiata assicurategli dallo stretto contatto con il corpo materno.

In molti casi, le cure del piccolo sono distribuite e condivise dalla madre non solo con il padre e la famiglia allargata, ma con l'intera comunità. Ogni membro si sente responsabile della cura del piccolo e, alle volte, le madri possono prendersi cura dei loro bambini indirettamente, assicurandosi che *altri* offrano sostegno e cure adeguate, così come farebbero loro stesse. Il bambino non è il bambino *della sua mamma* ma è il bambino *di tutti*. Questa idea è resa efficacemente da alcuni proverbi africani che recitano: “un bambino è come un tetto, ci vogliono molte mani per tirarlo su”, e ancora “ci vuole un villaggio per far crescere un bambino”.

La partecipazione alla vita della comunità permette ai piccoli di osservare le diverse situazioni sociali che impegnano gli adulti e i bambini poco più grandi. Imparano così molto presto le abilità sociali utili alla relazione. Inoltre, possono ampiamente osservare il lavoro che occupa gli

adulti e imparare a contribuirvi in modo appropriato. Il piccolo, in questo modo, è ben presto inserito attivamente nella vita della sua comunità e, vivendola, impara il valore dell'*appartenenza* e dell'*interdipendenza*, ovvero "della capacità di coordinarsi con gli altri membri del gruppo" (Rogoff, 2004, p. 205).

L'acquisizione di questa consapevolezza va di pari passo con la conquista dell'*autonomia*. Infatti, la forte appartenenza alla comunità, creata attraverso la stretta rete di relazioni in cui il bambino è inserito, favorisce l'autonomia individuale del piccolo che può sperimentarsi in un contesto reso protetto e sicuro proprio dalla comunità stessa. Le modalità di cura ad alto contatto, infatti, spesso sono accompagnate dall'atteggiamento fiducioso degli adulti nelle capacità innate del bambino (Liedloff, 1994). L'adulto è convinto che il bambino possa e sappia stare seduto, camminare, stare in equilibrio, maneggiare oggetti anche taglienti, controllare i propri bisogni fisiologici. In questo modo le "teorie" di chi accudisce il piccolo portano lo stesso ad acquisire queste abilità prima rispetto al bambino "a basso contatto", che è di norma ritenuto incapace di fare queste cose, se non dopo un lungo addestramento.

Anche il senso del *rispetto per gli altri e per la comunità* è interiorizzato attraverso questo stile relazionale. Infine, la partecipazione alla vita degli adulti aiuta i piccoli a interiorizzare le norme, le consuetudini e i valori attribuiti all'identità di genere.

I modelli educativi a basso contatto sono, all'opposto, finalizzati al raggiungimento dell'*individualismo* e dell'*indipendenza*. Le pratiche di maternage tendono a orientare lo sviluppo del piccolo verso questi valori. Il bambino è da subito spronato ad essere indipendente e a *pensare a se stesso*. A tal fine, si ritiene che un contatto prolungato con i piccoli possa viziarli e renderli dipendenti dagli adulti. Il paradosso è che i bambini diventano presto

Valori di riferimento

ad alto contatto	a basso contatto
appartenenza	individualismo
interdipendenza	indipendenza
autonomia	competenza settoriale
rispetto per gli altri	rispetto per sè

fig. 2

indipendenti dagli altri e dalla comunità, ma questo non sempre corrisponde a una crescita analoga in autonomia: i bambini sono abituati a dire e pretendere ciò che desiderano ma difficilmente hanno sviluppato le competenze per rispondere in modo autonomo ai propri desideri e bisogni.

Differisce notevolmente anche il ruolo della comunità nella crescita dei bambini: in queste società il bambino è affidato alle cure della mamma, che le condivide parzialmente con il padre del bambino e con la famiglia estesa non coabitante (nonni, zii, altri parenti).

Inoltre, ai bambini sono spesso dedicati spazi e tempi appositi. Ciò rende loro impossibile partecipare attivamente alla vita e alle attività della comunità di appartenenza. Il bambino impara i valori e le consuetudini quasi sempre in situazioni che simulano la realtà e gli richiedono di impersonare diversi ruoli.

In queste culture, è molto diffusa la prassi di affidare anche i più piccoli (0-6 anni di età) alle cure di persone specializzate, che si dedicano all'accudimento e all'educazione di un gruppo di bambini in spazi appositi. Il bambino può quindi sperimentare la relazione con i coetanei, perdendo, però, l'esperienza, tipica delle culture ad alto contatto, del gruppo non omogeneo per età, nei quali i piccoli imparano dai grandi e i grandi imparano a prendersi cura dei piccoli.

Alcune considerazioni: al di là degli schematismi

L'analisi dei diversi modelli di accudimento diffusi nel mondo fin qui condotta può sembrare sbilanciata, in quanto volutamente sono state evidenziate le caratteristiche positive e i benefici prodotti dalle cure ad alto contatto e sono stati messi in luce i limiti del modello a basso contatto.

Non intendiamo valorizzare ciecamente tecniche e modalità altre, diverse, a scapito di quelle diffuse nella nostra cultura dominante. L'accento sulle positività dell'*Altro* non vuole negare, né escludere, i limiti presenti anche in quei modelli culturali, che di fatto incidono negativamente sul benessere del bambino. “Basti pensare alla pratica piuttosto diffusa di non somministrare il colostro ai neonati, alla precoce supplementazione del latte materno con cibi solidi e alla elevata mortalità infantile, legata a condizioni igieniche e a condizioni sanitarie spesso insufficienti. Inoltre, va ricordato che alla grande indulgenza nei confronti del bambino, tipica dei primi anni di vita, fanno seguito, nella maggior parte delle culture, metodi educativi molto più rigidi e duri” (Balsamo, 2002, p. 156).

Evidenziare le positività di quelle pratiche ci può aiutare da un lato ad ampliare la riflessione sul benessere del bambino e a guardare criticamente le nostre pratiche alla luce delle nostre tradizioni, delle crescenti scoperte scientifiche in campo sia medico sia educativo-psicologico, e delle sollecitazioni che ci provengono dall'*Altro*, dal *Diverso*. Questo processo può servire al singolo e alla comunità a trovare modalità sempre più rispondenti e

in sintonia con i bisogni dei più piccoli, promuovendo stili di cura tesi al benessere del bambino e della sua famiglia.

Con la nascita, ogni piccolo deve affrontare la grande sfida di adattarsi alle condizioni della vita extrauterina. Tutto cambia improvvisamente. L'ambiente caldo, sicuro e ovattato dell'utero materno non c'è più e il bambino deve prendere dimestichezza con un corpo che prova bisogni, che, se non soddisfatti, lo lasciano in uno stato di profondo disagio e sofferenza. Il piccolo, a gran voce, esprime il bisogno del contatto con il corpo della madre - che è il suo vero e unico *ecosistema* -, il bisogno di comunicazione, il bisogno di contenimento e il bisogno di cibo. Le pratiche di *maternage* ad alto contatto, coniugate con le più recenti scoperte medico-scientifiche, rispondono in modo ottimale ai bisogni del neonato e lo fanno in sintonia con l'istinto tipico della natura materna. Non a caso sono pratiche mutate dalle antichissime modalità di cura che hanno permesso alla nostra specie di sopravvivere e adattarsi al mondo in continua evoluzione. Il modello ad alto contatto suggerisce, da questo punto di vista, le modalità di cura *ottimali* per i più piccoli (Gonzales, 2005).

Emergenza ad alto contatto

Diventare genitori, soprattutto se per la prima volta, coincide con un periodo di forte cambiamento e di estrema variabilità a livello personale, di coppia e sociale. Tutto cambia: pensieri, sentimenti, responsabilità, immagine di sé, proiezioni future. Questo evento può essere vissuto come una sfida appassionante e naturale, fisiologica, legata all'essere e al divenire adulti, una sfida nuova ma assolutamente alla portata in quanto circostanza a cui ci si prepara da tutta la vita; oppure può essere vissuto come un fatto estremante critico e destabilizzante, a cui non ci si sente preparati, che lascia sopraffatti. Questa estrema variabilità è data dalle caratteristiche specifiche della personalità e della storia di ciascun genitore come persona e della coppia genitoriale stessa, unitamente alle immagini e alle idee culturali prevalenti.

Che sia vissuto come una sfida o come un evento critico, diventare genitori rimane sempre un momento di estrema variabilità, di necessaria ridefinizione di sé. Ciò è ancora più vero se la novità vissuta in un contesto già connotato da variabilità, criticità e fatiche, come quello emergenziale o post-emergenziale.

Un contesto caratterizzato dalla non ordinarietà, dallo spaesamento, dal pericolo e dalla paura non facilita gli inizi della relazione genitoriale con i più piccoli. Questa specifica fase relazionale presuppone che vengano gettate le basi di questo legame, delle fondamenta sulle quali si possa in seguito "edificare" l'intera relazione. Ma è come se l'emergenza facesse venire meno il terreno nel quale gettare le fondamenta: tutto ciò che era noto, i punti di riferimento concreti, quotidiani (la casa, la struttura sociale, il contesto

ambientale, le abitudini consolidate, ecc.), ma anche quelli identitari (le relazioni familiari, la propria professione, le persone amiche, ecc.) e quelli valoriali (pensieri e riflessioni sul presente, sul futuro, ecc.), vengono travolti dall'emergenza e la persona si trova a dover ricostruire sé e una vita in uno scenario mutato e spesso traumatico. Diventare genitori in queste circostanze assume i caratteri di una sfida quasi impossibile, se si pensa alla carica destabilizzante che tutto questo comporta.

La riflessione, fin qui condotta, sui differenti stili di maternage può aumentare la conoscenza e la consapevolezza degli operatori che a diverso titolo lavorano in emergenza rispetto “agli inizi della vita”. Inoltre, promuovere, anche in emergenza, uno stile di maternage ad alto contatto significa essere consapevoli, come operatori, che, proprio perché è quello più rispondente ai bisogni profondi del neonato, questo stile di cura è il più adeguato quando anche le condizioni esterne diventano più critiche e minacciose. Sugerire e sostenere la pratica di tali modalità di cura risponde anche ai bisogni più profondi dei genitori, che, davanti proprio alla minacciosità esterna, cercheranno di salvaguardare al meglio il benessere dei loro piccoli.

Nella concretezza dell'agire sul campo, occorre prima di tutto conoscere e riconoscere che ogni progetto e ogni intervento è sostenuto da una precisa idea di ciò che è considerato buono, giusto e ottimale per il benessere di genitori e bambini. Occorre pertanto essere consapevoli del proprio personale modello di maternage di riferimento e quello dell'intera équipe operativa multidisciplinare. Solo la consapevolezza dei valori di riferimento dell'intervento potrà favorire il riconoscimento e il confronto con i valori e le pratiche preesistenti all'emergenza a livello socioculturale, ma anche e soprattutto nella singola coppia genitori-bambino.

Ciò che fonda, seppure nell'incertezza, il nascente legame tra quel bambino e quei genitori, o spesso quel solo genitore rimasto, va non solo conosciuto, ma anche riconosciuto e rispettato. È il punto di partenza dal quale è possibile provare a suggerire modalità altre, se necessarie, per favorire il benessere sia dei più piccoli sia dei grandi.

Questa attenzione ha valore in tutti i contesti di emergenza, poiché l'estrema variabilità delle pratiche di cura anche a livello nazionale, non permette di generalizzare, ma diventa un imperativo in contesti di emergenza internazionali. Solo la conoscenza e il rispetto delle modalità di cura *altre* può evitare interventi di aiuto che si rivelino dannosi e controproducenti e favorire, invece, azioni di largo respiro. Infatti, programmi di aiuto standardizzati, per esempio come quello di somministrare aiuti alimentari ai bambini denutriti sotto i due anni di vita, possono non solo non essere efficaci, ma risultare dannosi se spingono le famiglie, per fame e ignoranza, a sospendere l'allattamento al seno a richiesta dei più piccoli, che garantisce loro una buona crescita ponderale, per rientrare nei programmi di aiuto, senza rendersi conto di mettere a repentaglio la sopravvivenza dei piccoli stessi (si veda l'emergenza fame 2006 in Guinea Bissau).

In secondo luogo, adottare questo tipo di prospettiva può orientare lo sguardo e le scelte operative sul campo a diversi livelli e nei diversi contesti in cui si è chiamati ad agire. L'assunto di base di tale prospettiva è la fiducia. La fiducia nei piccolissimi, persone capaci e competenti, e nei loro genitori che, se in contatto con la loro parte più profonda, sanno rispondere al meglio alla sfida educativa insita nella genitorialità. Qualora criticità esterne a questa relazione dovessero incrinare i nascenti equilibri familiari, l'operatore potrà sapientemente supportare modalità e stili relazionali già presenti o suggerirne di inediti, allo scopo di aumentare il benessere di tutti.

Valorizzare pratiche di cura ad alto contatto, se già presenti, o suggerirle, qualora il modello di riferimento sia altro, va nella direzione di rispondere ai bisogni più profondi sia degli adulti sia dei più piccoli, perché tali pratiche sono nate in modo specifico per garantire la sopravvivenza (bisogno di mantenere il controllo, favorire l'attaccamento, contrastare il senso di disorientamento, offrire sicurezza e protezione, ecc.). Nei fatti, si tratta di proporre azioni concrete e relazionali tese a favorire tali pratiche, ma anche di motivare e riflettere insieme sull'importanza e sul senso di queste azioni.

Un'ultima considerazione trae origine dalla constatazione che il modello ad alto contatto è un modello di cure basato sull'essenzialità, sulla povertà di mezzi e strumenti, a differenza delle pratiche di maternage a basso contatto che si avvalgono di innumerevoli ausili per la cura del piccolo. Le pratiche di cura ad alto contatto suggeriscono concretamente che l'unica cosa davvero essenziale è la relazione: ciò che conta sono le persone, i corpi, le emozioni, i sentimenti, i pensieri. Al piccolo che nasce non occorre nulla, serve solo un adulto disponibile e attento che scelga e decida di occuparsi di lui. È il corpo materno, la presenza materna, a essere essenziale per il piccolo e per il suo benessere. Questa essenzialità fa sì che le pratiche ad alto contatto siano le più rispondenti anche alle condizioni di precarietà dettate dall'emergenza.

In emergenza, come in tutti gli altri contesti, adottare questa prospettiva significa imparare ad essere *operatori ad alto contatto*, ovvero capaci, in prima persona, di decifrare e di accogliere i bisogni di *contenimento*, *contatto*, *comunicazione e cibo*, di grandi e piccoli, offrendo risposte in sintonia con essi.

La fascia porta bambini: un oggetto di valore pedagogico e pratico

Un accenno particolare va riservato al *portare* i più piccoli con strumenti non strutturati. Tale pratica è diffusissima in diverse culture e negli ultimi anni si sta diffondendo anche in quelle che tradizionalmente privilegiano il basso contatto, grazie alla maggiore disponibilità di strumenti che permettono di portare e trasportare il bambino dalla nascita ai tre anni di vita.

Il portare è una modalità di relazione che permette di rispondere in modo efficace e quotidiano ai bisogni di contatto, contenimento e

comunicazione dei più piccoli, ma soprattutto si configura come un modo comodo e pratico di stare con i propri piccoli. Questa sintesi tra praticità e valore relazionale-pedagogico, fa sì che il *portare* sia un possibile strumento concreto e operativo per proporre, anche in emergenza, riflessioni e modalità di cura ad alto contatto. L'immediato beneficio che i genitori sperimentano dall'avere il bambino con sé, al sicuro e sotto controllo, e di stare con lui in un modo pratico e comodo, anche in condizioni ambientali difficili, può essere l'opportunità di proporre o rinsaldare anche le altre modalità di cura ad alto contatto, oltre che un valido aiuto nella vita quotidiana.

Inoltre, le evidenze scientifiche ormai riconosciute a livello medico internazionale sulla *kangaroo mother care* (si veda Charpak, 2006) evidenziano i benefici effetti del contatto pelle a pelle continuo anche nelle situazioni di estrema precarietà e fragilità del neonato dovuta alla nascita prematura (migliore accrescimento ponderale, migliore regolazione respiratoria e cardiaca, migliore regolazione della temperatura, allattamento materno favorito).

Il benessere dei piccolissimi anche nei contesti di crisi

Riuscire a declinare e a proporre nei contesti di crisi e di emergenza uno stile di maternage ad alto contatto significa riuscire a lavorare per il benessere dei più piccoli e delle persone che se ne prendono cura. Si tratta di superare le dicotomie tra interventi medici e interventi psicosociali, tra salute fisica e salute psichica. Infatti, proporre ex novo modalità ad alto contatto, o supportarle se già presenti come caratteristiche culturali proprie, significa concretamente offrire ai genitori la possibilità di sperimentarsi nuovamente come persone capaci e competenti, in grado di prendersi carico dei propri piccoli, e quindi offrire anche a loro la possibilità di superare il disagio e lo smarrimento prodotti dalla crisi (Tettamanzi e Sbattella, 2011).

Contemporaneamente, si offriranno ai più piccoli le condizioni migliori possibili per continuare non solo a vivere, ma a crescere, favorendo non solo la loro salute fisica, ma anche il benessere globale della loro persona.

Michela Baroni, Meno 9+1, Focus Cooperativa Sociale

Bibliografia

Assemblea Generale delle Nazioni Unite (1959), *Dichiarazione dei diritti del fanciullo*.

Balsamo E. (2006), *Il rapporto genitori/figli nella migrazione*, atti delle giornate di studio del convegno "Famiglie migranti e stili genitoriali. I servizi e la scuola in prospettiva interculturale", a cura dell'Istituzione G.F.

- Minguzzi, Bologna.
- Balsamo E. (2007), *Sono qui con te. L'arte del maternage*, Il leone verde, Torino.
- Boucke L. (2006), *Senza pannolino*, Aam Terranuova, Firenze.
- Braibanti L. (1993), *Parto e nascita senza violenza*, Edizioni Red, Firenze.
- Carli L. (1995), *Attaccamento e rapporto di coppia*, Cortina, Milano.
- Castelli C. e Sbatella F. (2003), *Psicologia dei disastri: interventi relazionali in contesti d'emergenza*, Carrocci, Roma.
- Charpak N. (2006), *Una mamma canguro*, Edizioni Red, Como.
- Chinosi L. (2002), *Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera*, Franco Angeli, Milano.
- Colombo A., Genovese A. e Canevaro A. (a cura di) (2005), *Educarsi all'interculturalità*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
- Corsaro W.A. (2003), *Le culture dei bambini*, Il Mulino, Bologna.
- Di Nicola G.P. (1999), *L'antropologia della reciprocità fondamento dell'azione educativa*. In Borsi M. (a cura di), *Strade verso casa. Sistema preventivo e situazioni di disagio*, Editrice Las, Roma.
- Follmi O. (2007), *A misura di bambino*, L'Ippocampo edizioni, Milano.
- Fontanel B. e D'Harcourt C. (2007), *Bebé dal mondo*, L'Ippocampo edizioni, Milano.
- Gonzales C. (2005), *Bésame mucho*, Coleman editore, Catania.
- Gonzales C. (2008), *Un dono per tutta la vita*, Il leone verde, Torino.
- Holmes J., (1994), *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Honegger Fresco G. (2006), *Facciamo la nanna*, Il leone verde, Torino.
- Honegger Fresco G. e Hoenegger Chiari S. (2003), *Una casa a misura di bambino*, Edizioni Red, Como.
- Kling K. (2006), *Terre d'infanzia*, L'Ippocampo edizioni, Milano.
- Ielasi W. (2007), *Come pesci nell'acqua. Elementi di etnopsicologia clinica*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 1, 4-19.
- Ielasi W. (2011), *Creatività e fatiche delle pratiche transculturali*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 5, 6-17.
- La casa di tutti i colori (a cura di) (2002), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, Franco Angeli, Milano.
- Liedloff J. (1994), *Il concetto del continuum*, Edizioni La Meridiana, Molfetta.
- Liverta Sempio O. (a cura di) (1998), *Vygotskij, Piaget, Bruner. Concezioni dello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- McKenna J. J. (2011), *Di notte con tuo figlio*, Leone Verde, Torino.
- Moro M.R. (2008), *Maternità e amore*, Frassinelli, Milano.
- Moro M.R. (2002), *Genitori in esilio: psicopatologia e migrazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rogoff B. (2004), *La natura culturale dello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Santerini M. (2003), *Intercultura*, Editrice La Scuola, Brescia.