

Indice

Apertura del Convegno Avv. Francesco Onofri	<i>pag.</i> 3
Saluto dell'Assessore ai Servizi alla persona del Comune di Brescia Dott. Giorgio Maione	<i>pag.</i> 6
"Far crescere bambini e adolescenti: un approccio transculturale" (Faire grandir les enfants et les adolescents. Approche transculturelle) <i>Prof.ssa Marie Rose Moro</i>	<i>pag.</i> 9
"Gravidanza e parto in esilio" <i>Dott.ssa Sabina Dal Verme</i>	<i>pag.</i> 41
"Gonga musicista sufi" (Gonga, musicien soufi) <i>Claire Chognot e Marc Aderghal</i>	<i>pag.</i> 57
"Il sostegno alla genitorialità in famiglie straniere con bambini sordi" <i>Dott.ssa Marisa Bonomi</i>	<i>pag.</i> 61
"Bambini stranieri sordi nella provincia di Brescia: prevenzione, diagnosi, terapia" <i>Dott.ssa Grazia Barezzani</i>	<i>pag.</i> 83
"Famiglie straniere e Istituzioni" <i>Dott.ssa Gemma Pompei</i>	<i>pag.</i> 105

APERTURA DEL CONVEGNO

IL TRAUMA DELLA MIGRAZIONE E I BISOGNI DELLA CRESCITA

Piccoli sordi in terra straniera

Avv. Francesco Onofri Presidente dell'Associazione Mons. G. Marcoli

Nella mia qualità di presidente dell'Associazione Marcoli ho il compito e il piacere di aprire il convegno "***Il trauma della migrazione e i bisogni della crescita. Piccoli sordi in terra straniera***".

Mi corre anzitutto l'obbligo di ringraziare l'assessore ai servizi alla persona avv. Giorgio Maione, sotto il cui patrocinio si svolge il convegno e che è qui presente in rappresentanza del Comune di Brescia; il rappresentante dell'Ente Nazionale Sordi al quale tra poco cederò la parola per i saluti delle autorità; l'Istituto Cesare Arici e l'Università Cattolica che ci ospitano in questa bellissima sala; quanti hanno contribuito con il loro sostegno economico alla vita della nostra associazione e in modo particolare, infine, tutti voi oggi qui presenti.

L'associazione Marcoli, giunta ormai al suo settimo anno di vita, ha proseguito il suo cammino grazie all'infaticabile impegno della dott.ssa Marisa Bonomi che dell'associazione, oltre ad essere la fondatrice, l'ispiratrice e la guida, è l'indiscussa anima.

Dalle sue parole, e da quelle della dott.ssa Barezzani, oggi pomeriggio sentiremo il riassunto di una delle nuove iniziative di cui, grazie a lei, la nostra associazione si è resa protagonista per far fronte al fenomeno della sordità tra i bambini stranieri, in forte aumento nella nostra città e in tutta Italia.

Vorrei introdurre il tema del convegno in un modo forse un po' insolito, e cioè con il richiamo ad un'opera d'arte che si trova nel palazzo comunale di Siena.

È l'affresco di Ambrogio Lorenzetti intitolato *Allegoria del Buono e del Cattivo Governo della città*.

Nella parte del Buon Governo sono rappresentate attraverso figure umane la Giustizia seduta su un trono con una grande bilancia, che guarda in alto, dove vola la Sapienza, che la istruisce.

Sotto la Giustizia sta seduta a un banco la Concordia, che della Giustizia è diretta conseguenza.

E poi sono rappresentate le virtù del Buon Governo tra cui, oltre a Prudenza, Fortezza e Pace, c'è anche la Magnanimità, la grandezza d'animo, raffigurata da una donna che con una mano regge una corona e con l'altra un contenitore di pietre preziose.

Come detto ad una recente rassegna culturale su temi sociali che si è svolta a Siena, e che ha preso lo spunto proprio dal grande affresco di Lorenzetti, la Magnanimità è sintesi di virtù, come la capacità di vedere e di capire, il desiderio di conoscenza, il senso di compassione e di giustizia, la generosità, l'immaginazione e la previsione, il coraggio, il distacco da sé, l'accettazione del destino ma anche la rivolta contro di esso.

Parlare del trauma della migrazione e dell'esilio nell'infanzia, della maternità in terra straniera e dei piccoli sordi provenienti da altre nazioni, e parlare delle relazioni che si instaurano quando i nostri medici, i nostri insegnanti e i nostri operatori si occupano dei bambini e degli adolescenti che crescono in terra straniera, mi fa allora pensare a tutte queste virtù. E in particolare alla virtù del coraggio.

Io credo che quando qualcuno si prende cura di persone in esilio, noi assistiamo a un incontro tra identità diverse, tra culture differenti, ma anche ad un incontro tra due forme diverse di coraggio.

Per andare in esilio e per viverlo positivamente occorre aver coraggio.

Ma anche guardare negli occhi uno straniero, confrontandosi con una diversità antropologica che entra in casa nostra, richiede coraggio, che a volte è anche il coraggio di conoscere e affermare se stessi e, se necessario, anche quello di difendersi, e non solo psicologicamente.

E così pure, ce lo dirà credo Marie Rose Moro tra poco, occorrono idee audaci, coraggiose, innovative e transculturali, per aiutare i piccoli stranieri, così fortemente vulnerabili per il fatto di vivere la contrapposizione tra la loro cultura familiare d'origine e quella del paese che li ospita e che essi vivono nell'ambiente scolastico e sociale. E ancor più vulnerabili se sono sordi e hanno bisogno di imparare in terra straniera a vivere questa loro particolare condizione identitaria.

La virtù della magnanimità mi fa pensare anche - ancora una volta - come nel DNA del nostro Paese, e quindi necessariamente di chi lo governa, c'è una regola fondamentale scritta dai padri fondatori della Repubblica proprio con grandezza d'animo.

È l'articolo della Costituzione che da una parte con grande realismo riconosce che esistono differenze tra gli uomini (di razza, lingua e condizioni personali e sociali, ecc.), ma dall'altra obbliga la Repubblica a rimuovere tutti gli ostacoli che limitano l'uguaglianza, allo scopo di favorire il pieno sviluppo della persona umana.

E la Corte Costituzionale, proprio in quanto custode della nostra legge fondamentale, quando si è occupata della legislazione sugli stranieri ha dovuto anch'essa essere magnanima ed ha affermato che al legislatore italiano è certamente consentito dettare norme che regolino ragionevolmente l'ingresso e la permanenza di cittadini stranieri extracomunitari in Italia.

Ma una volta che il diritto a soggiornare non sia in discussione, non si possono discriminare gli stranieri, stabilendo, nei loro confronti, particolari limitazioni per il godimento dei diritti fondamentali della persona.

Certo che per governare con animo grande una città o una nazione occorrono risorse, umane e morali, ma anche economiche.

E non sempre un'azione che è conveniente dal punto di vista morale - o della legge che a scelte morali si ispiri - lo è anche da quello economico.

Eppure ormai credo siamo tutti consapevoli che è l'economia che deve piegarsi all'etica e non viceversa, anche perché - come dimostra la crisi economica mondiale che stiamo vivendo - un'economia che si lasci trascinare da visioni utilitaristiche, magari nascoste dietro formule matematiche di ingegneria finanziaria, (intelligentissime ma forse sarebbe il caso di dire stupidissime) sia un'economia disastrosa nei mezzi e nei risultati finali.

E invece credo che sia con intelligenza vigile e generosa che si debba promuovere anche dal punto di vista economico, la crescita delle persone e della comunità, affrontando con grandezza d'animo e con coraggio le crisi e i "passaggi di vita", individuali e sociali, tipici del nostro tempo.

Saluto dell'Assessore ai Servizi alla persona del Comune di Brescia
Dott. Giorgio Maione

Buon giorno a tutti.

Allora una premessa, l'assessorato porta la definizione di assessorato alla famiglia, alla persona, ai servizi sociali e alla integrazione.

Credo che il tema di questa giornata di lavori abbia una doppia sollecitazione per chi ha questo ruolo nel comune e in una amministrazione. Una doppia sfida dell'integrazione, e vorrei dire della ricerca della normalità. Una quando parliamo di minori, di minori con problemi, di minori con disabilità e di minori stranieri. Quindi è certamente una situazione che ci porta veramente a riflettere a come dare una risposta di normalità, una risposta di normalità che è necessaria. Io ammetto che sul tema non abbiamo grandi numeri, non abbiamo grandi statistiche e grandi ricerche, quindi non nascondo che da questo punto di vista il problema di minori con questo tipo di problematiche non è un tema approfondito dai nostri uffici, quindi questo ci impone una ulteriore sfida.

E allora impostando tutto il servizio sulla disabilità e sulla integrazione, come vi dicevo, quello della ricerca della normalità, di avere una vita normale il meno lontana da quella degli altri bambini, diventa un obiettivo.

Allora certamente dobbiamo lavorare come servizi sociali sui genitori, dando sostegno, forza quindi ai genitori, dando un importantissimo ruolo alla scuola e certamente investire, come diceva bene il collega Onofri, che l'etica deve prevalere sull'economia quando si parla di minori e si parla di minori con disagio, qualsiasi tipo di disagio, certamente non deve essere quello della scarsità di risorse a dettare la linea anche perché se lavoriamo bene sui minori e soprattutto quelli più svantaggiati e sfortunati, credo che faremo un servizio alla famiglia e sarà sicuramente uno strumento utile a formare delle persone integrate all'interno della società e sarà sicuramente una barriera contro ogni tipo di devianza.

Quindi credo che questo tema che oggi ci proponete, ci sollecitate, sia molto utile ed importante per la nostra città che sicuramente vuole essere una città ove l'integrazione,

la cultura del dono, la cultura della gratuità e la cultura della solidarietà ha e deve avere cittadinanza.

Con questo vi auguro buon lavoro e vi ringrazio per l'invito.

Marie Rose Moro M.D., Ph.D.

Docente di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
Gruppo di lavoro della clinica per immigrati

Aspetti transculturali per genitori e figli in un mondo che cambia

Ospedale di Avicenne, Francia

Università di Parigi 13

www.clinique-transculturelle.org
www.transcultural-clinic.org

1



Piano

- **Breve storia dell'ospedale di Avicenne e dell'approccio transculturale in Francia**
« Il modello francese »
- **Cultura, migrazione e rischio transculturale**
- **Lavoro clinico:**
Specificità del setting del gruppo
- **Lavoro di ricerca: esempi di studi in corso**
- **Training transculturale**

2



Breve storia dell'ospedale di Avicenne (Hôpital Avicenne)

- **Fondato nel 1935** come <Ospedale Franco-Musulmano> nel nord est della periferia di Parigi (dove c'era un'alta percentuale della popolazione proveniva dai paesi del Maghreb) e riservato a pazienti Musulmani.
- **Fu chiaramente una decisione <igienico-politica>** volta a costruire questo ospedale lontano dal centro della città.

3



Primo luogo transculturale in Francia

- **Nel 1961**, l'ospedale è diventato parte della fondazione degli ospedali pubblici di Parigi (Assistenza pubblica) e rivolto a tutta la popolazione
- **Nel 1970** è diventato un ospedale universitario della neo fondata Università di Medicina di Parigi 13.
- **Nel 1978**, il suo nome è cambiato in <Ospedale di Avicenne>, dopo il famoso medico orientale Ibn Sina.

4

FAR CRESCERE BAMBINI E ADOLESCENTI: UN APPROCCIO TRANSCULTURALE (Faire grandir les enfants et les adolescents. Approche transculturelle)

*Prof.ssa Marie Rose Moro **

[DIA 1] Buongiorno a tutti. Sono molto felice di essere qui con voi. Quello che oggi faremo insieme è un esercizio molto «transculturale», con tante traduzioni diverse, ed è una gran cosa, perché potremo così sperimentare il passaggio tra mondi diversi. Ringrazio gli organizzatori di poter condividere quest'esperienza con voi. Ringrazio per le sue parole Marisa, che ha fatto dell'antropologia applicata su di me. Complimenti! Mia madre sarebbe stata molto contenta di sentirti! Per me è una vera fortuna poter accogliere ad Avicenne, e ora a Cochin, tutte queste persone provenienti da tutta Europa che desiderano lavorare sulle questioni transculturali. È una chance, anche per me. Ho accolto tra gli altri anche Sabina Valverde, che ascolterete più tardi, ed è stato un onore.

Oggi vi invito dunque a un piccolo viaggio nell'esperienza transculturale che riguarda i neonati, i bambini e gli adolescenti. Mi concentrerò sui bambini che nascono qui. Ci sono – certo – anche quelli che arrivano a una certa età, ma per le illustrazioni cliniche mi focalizzerò su quelli che nascono qui, senza particolarità né fisiche né psichiche, anche se talora emergono difficoltà che possono rendere necessarie delle cure.

Vi ho indicato un sito [cfr. DIA 1] in cui è contenuta la bibliografia in francese, in italiano e in inglese, inerente agli argomenti di cui parlerò. Ecco l'itinerario del nostro piccolo viaggio [DIA 2]: una piccola storia della nostra esperienza transculturale, in particolare sulla questione della vulnerabilità e della creatività dei figli di migranti con i tre periodi – neonati, bambini, adolescenti; storie cliniche nell'ambito transculturale per illustrare come si possono trasformare questi destini, e, infine, qualche parola sulla formazione in ambito transculturale.

[DIA 3] Ecco un'immagine solo per mostrarvi dove è nata la prima consultazione transculturale in Francia, nella banlieue multiculturale di Parigi, una trentina d'anni fa circa, in una zona in cui ancora tuttora sono rappresentate circa un centinaio di lingue e culture diverse. L'ospedale pubblico universitario si trova in questa periferia. Ne vedete l'ingresso nell'immagine. È un ospedale legato alla storia della colonizzazione francese e



Approccio Transculturale

- **Nel 1980, Pr. Lebovici sentì il bisogno di rendere un servizio migliore alla popolazione immigrata che si rivolgeva al servizio di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e chiese a Nathan di iniziare la sua prima seduta transculturale.**
- **Dal 1989, ho condotto le consultazioni e sviluppato un lavoro clinico transculturale per gli immigrati e le famiglia rifugiate. La mia attenzione è rivolta soprattutto alle **seconde generazioni**.**

5

che era in origine riservato ai pazienti provenienti da Paesi musulmani. Tutta la sua storia fino a oggi ha consistito nell'aprirsi all'insieme della popolazione. Ha anche cambiato nome, pur conservando traccia del nome del medico Ibn Sina, Avicenna. È dunque diventato un ospedale universitario in cui si fa della clinica, dell'insegnamento e della ricerca per tutti, con una preoccupazione transculturale non solo per quanto riguarda la psichiatria, ma anche la medicina.

In questo ospedale, circa trent'anni fa, è arrivato un grande psicanalista per bambini, Serge Lébovici [DIA 5]. È arrivato per occuparsi dei neonati, ma si è presto reso conto che non ci si poteva occupare bene dei neonati senza occuparsi dei genitori, il che significava riconoscere la loro diversità, il loro sapere, la loro lingua, la loro identità. All'epoca, era una grande rivoluzione, poiché gli specialisti di neonati si occupavano solo di neonati, con una visione ristretta, «a tunnel»: «sono uno specialista di neonati, quindi guardo i neonati, ma non le braccia, gli occhi, i corpi, le anime che li portano». Così ha fatto appello agli specialisti della disciplina transculturale che era nata negli anni Settanta negli Stati Uniti e in Francia, tra cui Devereux e Nathan, che ha aperto il primo ambulatorio per la prima generazione. Io sono arrivata qualche anno dopo e faccio parte della seconda generazione dei terapeuti che si sono occupati dei migranti. E il mio lavoro era quello di occuparmi della seconda generazione, di coloro che nascevano in Francia. Nel 1989, circa vent'anni fa, ho dunque aperto il primo ambulatorio per bambini e genitori.

Devo dire che io stessa faccio parte di una seconda generazione i migranti. I miei genitori vengono dalla Spagna e quindi ho vissuto la condizione di figlia di migranti in Francia, con molta gioia e molta felicità, ma con la consapevolezza acuta che i mondi dei migranti e i mondi degli altri erano mondi ben separati. Quando ho iniziato a curare i bambini come psichiatra ero indignata di fronte al modo in cui si parlava dei migranti. Ho immaginato allora, ho sognato, che avrei inventato un modo preoccuparmi di loro. Un modo più rispettoso, più dignitoso, e più vicino a quella realtà che anch'io avevo vissuto. Ma sono stata delusa, perché ho raccontato del mio sogno ad alcuni amici più grandi che mi hanno detto: «Esiste già, nei libri!». È così, sono arrivata a Bobigny e ho avuto comunque la fortuna di utilizzare questo approccio con la seconda generazione.

La sfida seguente, in Francia, è che questa clinica transculturale per figli di migranti non sia riservata soltanto alle *banlieues*, ma che costituisca una dimensione clinica, una



Cultura

- Sistema filosofico e pragmatico
- Composto di linguaggi, rappresentazioni e credenze, strutture familiari, sistemi di genitorialità e parentela, un corpo di tecniche e modalità di fare (vestirsi, cucinare, guarire, essere una madre...)
- Sistema sempre **Dinamico** che cambia con gli incroci intergenerazionali.

6



Migrazioni ed Esili



7



Effetti della migrazione

- Per gli individui: storia pre-migrazione, violenza, traumi, depressioni e ansietà
- Per i gruppi: mancanza di supporto e legami, mancanza di condivisione di valori, linguaggi e religione.



8

dimensione di cura che appartiene all'insieme della società francese, la quale è, così come la società italiana è destinata diventare, una società multiculturale.

Per questo ho accettato recentemente di occuparmi di un nuovo ospedale per adolescenti in cui, da due mesi a questa parte, si applica lo stesso approccio transculturale che ad Avicenne. Per me è una tappa importante, perché significa che il lavoro con la diversità – qualunque essa sia – non è un lavoro condotto «all'esterno», ma al cuore della società civile. Se uscissi dalla mia posizione clinica per esprimermi in altri termini direi: «al cuore del legame sociale».

Dunque, quando parliamo di cultura, esattamente, di cosa parliamo? [DIA 6] Di un sistema filosofico, naturalmente, e di un sistema concreto, pragmatico. Di lingua e di religione. Di strutture familiari, di modelli di relazione tra le generazioni (genitori e figli), tra donne e uomini. Di tecniche, cioè il modo di vestire, di cucinare, eccetera. E di rappresentazioni filosofiche (cos'è un madre?, cos'è un padre?, che cos'è un bambino?). Si parla di qualcosa di dinamico, un sistema che si trasmette, ma che cambia, si trasforma. La cultura altrui, come la mia, è un sistema aperto, è un sistema che si trasforma. È molto importante questo, perché spesso vediamo la cultura dell'altro come qualcosa di statico, come un ostacolo alla relazione, come una specie di prigioniera. Bisogna invece tenere sempre a mente che la cultura si trasforma e che è proprio questa mobilità a permettere l'incontro.

Due parole, adesso, sull'effetto dell'emigrazione sugli adulti, sui genitori. Ci sono naturalmente mille e un modo di migrare. Si emigra per molte ragioni, ragioni politiche, economiche, filosofiche. Ma quale che sia la ragione, la migrazione è un evento di rottura, di crisi. [DIA 7-8] È un atto umano coraggioso, oltre che universale, che implica sempre momenti di solitudine, a causa delle trasformazioni e dei cambiamenti che comporta, momenti di dubbio e una sorta di dissociazione tra ciò che si mostra di sé e ciò che si ha nella testa. Ho chiesto a mia madre di darmi un'immagine per illustrare questa dissociazione. Questa è l'immagine che ha scelto: la danza del flamenco, che rappresenta appunto questa idea di dissociazione tra ciò che si mostra e ciò che si ha in mente.

L'altro punto importante è che la migrazione è al tempo stesso un evento collettivo e individuale. C'è la migrazione come momento della storia della persona, con le sue conseguenze, che possono essere il dubbio, a volte la depressione, l'ansia. Ma c'è anche tutta la storia precedente alla migrazione. Quando per esempio parliamo di «prima genera



Per la genitorialità: solitudine, altre modalità di essere genitori



Razzismo
"Amano davvero i loro figli come noi amiamo i nostri?"

zione» parliamo come se la vita iniziasse in quel momento, al momento della migrazione. Ma possono esserci quaranta generazioni prima! E anche quella storia è importante. Questo sul piano individuale. Ma anche sul piano del gruppo la migrazione è un cambiamento spesso brutale, anche se la si sceglie; un cambiamento che coinvolge i valori, la lingua, le rappresentazioni religiose, sul piano del confronto con la diversità.

Concentriamoci adesso sulla questione della genitorialità [DIA 9]. La genitorialità in situazione di migrazione riattiva, interroga i genitori, li porta a chiedersi perché sono emigrati, se hanno avuto ragione a farlo, e se ciò che hanno trovato è proporzionato a ciò che cercavano. E si pone anche la questione del futuro: far nascere dei bambini nel paese di accoglienza significa far nascere bambini per *quella* società. I migranti lo sanno, sanno di essere inseriti in un destino che è un destino di «altrove». Inoltre, si pone un'altra questione di pone, che ha a che fare con la domanda: cosa significa essere genitori? E sappiamo bene come esistano mille e un modo per essere genitori! Ma si tratta di qualcosa che è talmente interiorizzato, talmente dentro di noi, che spesso tendiamo a creare una gerarchia tra i modi di esserlo, perché è qualcosa che fa talmente parte di noi che facciamo fatica a lasciare posto ad altri modi, ad altre modalità. I genitori che vengono alla consultazione con piccoli che presentano difficoltà, in particolare, dicono spesso di vedere e di sentire da parte di coloro che si occupano di loro una sorta di dubbio sulla loro capacità di amare i loro bambini. Per questo ho dedicato un libro intero alla questione. Penso che per tutti noi, che lavoriamo con genitori migranti, questa sia una questione molto profonda, in un certo senso preliminare perché possiamo poi lavorare e lasciar loro spazio. È qualcosa che i genitori sentono molto profondamente.

Sul piano della creazione delle interazioni precoci madre-figlio, padre-figlio, si tratta dunque di un momento di vulnerabilità, sia per i genitori che per il neonato. Tutti gli studi, inglesi, canadesi, francesi, mettono unanimemente in luce questa vulnerabilità, che si esprime nelle madri con le depressioni post-partum, nei bambini attraverso le patologie classiche – patologie non specifiche, ma piuttosto segni di sofferenza, come in tutti i bambini, e nei neonati soprattutto attraverso aspetti funzionali, come difficoltà a dormire, a mangiare, a calmarsi. Questa vulnerabilità è tanto maggiore se il neonato non è come lo si immaginava, e aumenta ulteriormente se presenta singolarità o sofferenza fisiche o psichiche. Ma da dove ha origine la vulnerabilità in questo particolare momento della vita?



Per evitare le vulnerabilità abbiamo bisogno di creare legami tra le diverse affiliazione dei bambini.



16



Working with Immigrants' Children

- In sintesi: i bambini immigrati hanno specifiche vulnerabilità psicologiche
- Possiamo definirle « Rischio Transculturale»
- Le pratiche culturali hanno un effetto protettivo per i genitori.
- Gli antropologi hanno imparato a riconoscere la culla culturale e sociale del bambino.
- Ci sono interazioni tra le cornici culturali e le cornici psichiche.
- I figli degli immigrati devono confrontarsi con una duplice fragilità: la loro, legata alla spaccatura nella quale sono strutturati e quella dei loro genitori, legata all'immigrazione.

17



Per rispondere alle domande della popolazione immigrata occorre concentrarsi su un triplice interesse.

- La cultura delle origini e le sue modifiche attraverso il processo migratorio.
- Le conseguenze psicologiche della migrazione sui genitori e figli
- La situazione, le difficoltà e le sfide che le famiglie immigrate affrontano individualmente e collettivamente.

18



Lavoro Clinico

**Prendere in considerazione le specificità psicologiche e culturali in ogni bambino, situazione, famiglia...
Perché? Come?**

19



**Un incontro clinico in un contesto transculturale
Un incrocio di riproduzioni**



20



Popolazione servita

- Prima, seconda e terza generazione di immigrati o nuovi rifugiati con i loro bambini.
- ¼ dei genitori dai paesi del Mghreb (Algeria, Marocco, Tunisia)
- ¼ dall'Africa dell'ovest (Senegal, Mauritania, Guinea, Costa D'Avorio, Benin, Togo, Burkina Faso, Sierra Leone ecc.)
- ¼ dall'Africa centrale (Cameroon, Congo-Brazzaville, RDC, Angola)
- ¼ da tutti gli altri paesi (Turchia, Georgia, Cecenia, Afghanistan, Pakistan, India, Sri Lanka, Cina e molti altri)

21

Essa viene da diversi fattori, che riguardano la costruzione stessa della genitorialità in condizione di esilio: i dubbi legati alla situazione migratoria, anzitutto; il confronto tra diversi modelli genitoriali; la difficoltà legata al doppio compito che la madre deve affrontare alla nascita di un neonato, e cioè da una parte trasmettere le cose che le appartengono e dall'altra presentare al tempo stesso al bimbo il mondo esterno che lei non conosce. È il processo che Winnicott ha chiamato la «presentazione del mondo». Winnicott diceva che la presentazione del mondo doveva avvenire a piccole dosi, il che suppone che la madre apra lentamente lo spazio tra il neonato e lei, abbastanza lentamente perché il neonato possa confrontarsi con esso e apprendere il mondo esterno. Ma in questo caso, la difficoltà è la madre si trova a presentare un mondo che non si conosce, un mondo che a volte genera in lei paura, che non per forza la riconosce come una buona madre. Dunque, le madri sono chiamate a utilizzare capacità straordinarie per riuscire comunque a presentare il mondo «a piccole dosi». E spesso il confronto tra il neonato e il mondo esterno si rivela un confronto po' violento, proprio perché è mancato questo filtro e questa gradualità.

L'altro punto è la solitudine delle madri, nel loro essere madri. Abitualmente, in molte delle società di provenienza, società più tradizionali, non si è madri da sole, ma con le altre, con le «co-mari». Da cui, fra l'altro, l'importanza di tutte le azioni – penso che Sabina ne parlerà – che permettono di appoggiarsi l'una all'altra per recuperare una competenza materna. Solitudine delle madri, ma anche rimessa in discussione dei padri, perché i nostri modelli antropologici, sono diversi rispetto alla maggioranza delle famiglie che vengono dal Maghreb, dallo Sri Lanka o dall'Africa Occidentale, che hanno modelli più patriarcali. Noi viviamo un periodo di maggior parità tra uomini e donne, siamo meno patriarcali e viviamo in un contesto di istituzioni molto «femminilizzate». Ed è come se dicessimo ai padri: «Siate padri nel modo in cui *noi* vi chiediamo di esserlo». Ma questa è un'ingiunzione paradossale: non si può essere padri se non appoggiandosi a un modello, anche se lo si trasforma. Non si può decretare da un giorno all'altro, in condizioni di migrazione, che si deve essere padri in modo totalmente diverso. Il modo migliore per consentire che quel modello si trasformi è non denigralo, entrare in relazione con il padre.

C'è dunque un lavoro da fare su di noi per modificare la nostra posizione e permetterci, per l'appunto, di riconoscere il padre, in modo da consentire a sua volta a lui di modificarsi. In generale, invece, i padri si sentono piuttosto maltrattati.



Dentro

- Dentro la famiglia
- Lingua
- Rituali
- Educazione
- Spiegazioni
- Cibo
- Relazioni familiari

10



Fuori

- Fuori dalla famiglia
- Francese
- Scuola, amici
- Educazione
- Cibo
- Dottori, psicologi e ospedali...
- Modo di vedere il mondo, razzismo

11



Situazione transculturale come rischio per i bambini.

- Anthony (1980) Vulnerabilità legata ai contesti dove il bambino cresce
- Lo spaccatura tra l'essere *fuori e dentro* conduce allo sviluppo di specifiche vulnerabilità (Nathan, 1989; Moro, 2004, Rousseau, 2006)
- Da variazione a disfunzione
- Invulnerabilità
- Creatività and Resilienza

14

L'ultimo punto, anche se ce ne sono molti, su cui volevo insistere è una domanda che i genitori migranti si pongono, e cioè: «Ora, questo bambino, a chi appartiene?», sotto cui sta l'idea che un bambino che nasce in un altro contesto finirà per separarsi e sfuggire loro. Dunque i genitori migranti devono fare un grosso lavoro per stabilire una buona relazione genitori-figli, in modo che il figlio possa separarsi da loro dopo essere stato ben unito con loro. Perché l'unico mondo per i bambini figli di migranti di affrontare il mondo esterno è di farlo da soli, ma poggiando su una base sicura, con i loro genitori.

Di conseguenza, nel periodo di vulnerabilità da 0 a 1 anno, il lavoro consiste nel rinforzare i genitori e aiutare la costruzione del legame con i figli e, in generale, nel gestire i rischi transculturali. Si arriva così a un secondo momento di vulnerabilità, che è quello dell'inizio dei grandi apprendimenti scolastici. Attraverso l'apprendimento della lingua del paese d'accoglienza, il bambino si iscrive definitivamente nel mondo esterno. Si tratta di un momento in cui i bambini devono assicurare il passaggio tra i loro due mondi di appartenenza, tra la casa e il mondo esterno. Questo passaggio tra il dentro e il fuori tanto più importante in un momento in cui il bambino, attraverso l'apprendimento scolastico, si iscrive nel mondo esterno. [DIA 10-11] «Dentro», nella famiglia, ci sono molti ingredienti diversi: può esserci una lingua, dei rituali, modalità educative, relazioni intrafamiliari diverse. Ammettiamo, per esempio, che io sia un bimbo nato in Francia, ma che proviene da una famiglia dell'Africa Occidentale: mi verranno insegnate determinate modalità di relazione con gli adulti, per esempio a non guardare gli adulti negli occhi, per rispetto, a non fare domande, a passare attraverso bambini un po' più grandi di me per imparare alcune cose senza chiedere agli adulti. Questo *dentro*. Ma *fuori*, a scuola per esempio, è tutto il contrario: a scuola bisogna parlare con gli adulti, guardarli negli occhi, fare domande, ed è così che si è dei bambini intelligenti. Ma uno dei miei pazienti mi diceva: «Un bambino che deve comportarsi così per imparare è un bambino stupido». Passando dal dentro al fuori, devo quindi imparare a modificare le mie relazioni con gli adulti, pur restando me stesso. Ed è tutto così, non solo le relazioni con gli adulti. Cose che sono valorizzate dentro, saranno denigrate fuori. E ciò che viene denigrato, per giunta, mi appartiene. Devo quindi non solo imparare a passare dal dentro al fuori, ma anche a non essere ferito quanto vedo il «dentro» denigrato. Ci vuole dunque una resistenza eccezionale. [DIA 14]



Tra due mondi: mescolare



Vi racconterò una storia, un fatto che mi è successo personalmente. Io sono andata a scuola a 6 anni, a quell'età non parlavo francese, ma solo spagnolo, perché sono la prima figlia e mia madre aveva voluto così, aveva bisogno di me. Allora, il primo giorno di scuola, la maestra ha fatto un gioco: i bambini si mettevano al centro, lei diceva il nome di un colore e bisognava andare a toccare un oggetto di quel colore. Ha detto: «Rosso»! E tutti sono corsi verso qualcosa di rosso. Tranne me, perché non avevo capito la regola del gioco. Secondo tentativo. Dice: «Verde!» e comincio a capire la regola del gioco, ma sono ancora incerta. La maestra a quel punto mi si avvicina e dice qualcosa di cattivo umore. Questo mi ha paralizzato. Dice: «Azzurro!» e io a quel punto decido di opporre resistenza, mi metto al centro e non mi muovo. Lei si avvicina e mi dà uno schiaffo. È stato lì che ho deciso che non mi avrebbe mai più dato uno schiaffo, e che ho deciso che avrei appreso il francese, subito. Mi chiede: «Ma cosa ti hanno insegnato finora?». Questo l'ho capito, ho capito che stava dicendo che tutto quello che sapevo non aveva alcun valore. Questo piccolo esempio di incontro diretto e violento col mondo si ripete tutti i giorni per i bambini figli di migranti, che essi parlino o meno la lingua del paese di accoglienza. Tenendo conto del fatto che per un bambino, così come poi è stato per me, non c'è nessun problema a imparare la lingua del mondo esterno molto velocemente, il solo problema è il passaggio da una lingua all'altra, e si impara meglio la lingua del paese di accoglienza quando si è sicuri della lingua materna, o perché la si conosce, o perché se ne ha una buona rappresentazione. Gli studi di linguistica sono concordi su questo. La questione è non fare gerarchie tra le lingue possibili. Quali che siano le modalità linguistiche che si scelgono (compresa la lingua dei segni) bisogna poter accettare la diversità delle lingue. Se si dice che una lingua è migliore di un'altra, passare dall'una all'altra diventerà un problema per i bambini.

Per illustrare questa difficoltà del passaggio da un mondo all'altro, vi mostro questa immagine [DIA 15], che illustra la sensazione di sospensione che i bambini possono provare e la necessità di creare dei legami tra i diversi modi e mescolarli tra loro. Questo presuppone, però, un riconoscimento dei due mondi. Negli studi sui bambini figli di migranti che hanno buone riuscite scolastiche ci sono due fattori costanti, che si ritrovano sempre: anzitutto, quello che ho già menzionato, e cioè o un bilinguismo o un riconoscimento, una buona opinione della lingua materna, dunque del mondo dei genitori, da parte dei bambini, il che presuppone che i genitori siano in grado e che li si aiuti a



Filiazione

- ✦ Essere il figlio dei propri genitori
- ✦ Inscrizione ad una discendenza
- ✦ Atto dei genitori e di discendenza
- ✦ Elementi consci ed inconsci.

Affiliazioni

- ✦ Non scelgono un gruppo: devono mescolare, fare le proprie affiliazioni.
- ✦ Definire i propri desideri e aspirazioni di somiglianza
- ✦ Aspetti dell'appartenza, dell'identità e della creatività.

12



Cosa succede nella Trasmissione in una situazione Transculturale?

- Enorme sfida in situazioni di immigrazione.
- Trasmissione culturale e inculturazione (Mead)
- Trasmissione del trauma
- Trasmissione intergenerazionale.



13

trasmettere; in secondo luogo, l'esistenza, nella vita reale di questi bambini, di un personaggio che ha simboleggiato per loro il passaggio da un mondo all'altro. Può essere un traduttore, un assistente sociale, che ha riconosciuto l'importanza del mondo dei genitori, può essere un insegnante, ma sempre si ritrovano queste figure di «passeurs», di traghettatori, che riconoscono il mondo dei genitori.

In uno studio, in cui facevamo gruppi di livello sociale simile, avevo incontrato una bambina, Mariama, di 8 anni, che era particolarmente brillante, molto brava a scuola. Era bilingue, parlava il soninké, lingua dell'Africa Occidentale, e il francese. Già a 8 anni, immaginava che sarebbe diventata antropologa. Allora le ho chiesto: «Che cos'è un antropologo?». «Dovresti saperlo» mi ha risposto «è qualcuno che va in Africa per raccogliere la parola degli africani e spiegarla ai francesi». Aveva dunque una rappresentazione del fatto che si poteva passare da una lingua all'altra e che si poteva introdurre nel mondo dei francesi qualcosa del suo mondo d'origine che era utile anche per loro. Aveva costruito dei ponti simbolici tra i mondi. In molte situazioni, invece, bisogna aiutare i bambini a farlo. Ma per farlo, bisogna naturalmente avere già, noi stessi, una posizione che ci consenta di riconoscerlo. E per certi bambini, come nel caso dei bimbi sordi o dei bimbi che hanno malattie croniche come per esempio la drepanocitosi o altre tipiche dei bambini, il gap tra i mondi e il lavoro necessario per costruire questo legame, questo ponte, è ancora maggiore.

Se passiamo adesso all'inizio dell'adolescenza, l'elemento molto importante appare quello della costruzione identitaria, delle *filiazioni* (io sono il figlio di) e delle appartenenze, delle *affiliazioni* (a quale mondo io appartengo) [DIA 12]. I figli di migranti non possono scegliere: la *filiazione*, quella, nessuno di noi può sceglierla, ma le *affiliazioni* per i figli di migranti sono plurali, e l'adolescente sperimenterà posizioni diverse, per esempio si avvicinerà al mondo dei suoi genitori per poi allontanarsene. Per ciò che riguarda la trasmissione della lingua materna, per esempio, i bambini, che non amano la differenza, spesso rifiutano di parlare o che davanti a loro si parli la lingua materna, ma nell'adolescenza spesso avviene il contrario. Io vedo molti adolescenti che nel momento della crisi adolescenziale, quando sono in contrasto con i loro genitori, rimproverano loro di non aver insegnato la lingua materna. E talvolta, se i loro genitori sono laici, per qualche tempo vanno a leggersi il Corano, si interessano a questi aspetti, dicono ai loro genitori come devono pregare, come devono comportarsi. Sono tentativi di trovare la loro



Cooperazione con altri servizi

- **I pazienti sono inviati**
 - da altri medici (psichiatri, pediatri e altri specialisti)
 - dagli operatori sociali
 - da servizi di tutela del bambino.
- **Il follow up è seguito dal dipartimento o dal primo servizio di cura**

22



Le richieste maggiori

- **Domande diagnostiche (errori di diagnosi?)**
- **Accondiscendenza delle famiglie o dei bambini (alleanza terapeutica?)**
- **Psicoterapia che prende in considerazione la prospettiva emica.**
- **Lavorare con le famiglie in un modo culturalmente sensibile.**
- **Problemi di linguaggio dei bambini**
- **Difficoltà di comprendere le specificità culturali delle malattie presentate (linguaggio del dolore)**
- **Rappresentazioni delle malattie e sofferenze di tutti i bambini.**
- **Conflitti tra adolescenti e genitori...**

Venezia, maggio 2008

23



Servizi offerti

- **Incontri di gruppo**
- **Terapie individuali**
- **Terapie bambini e genitori**
- **Accertamenti, diagnosi e consigli terapeutici**
- **Sessioni di lavoro con professionisti che hanno bisogno di supporto nel lavoro con famiglie immigrate**
- **Training e informazione su questioni transculturali**
- **Esperienza forense**

24



Lavorare in gruppo

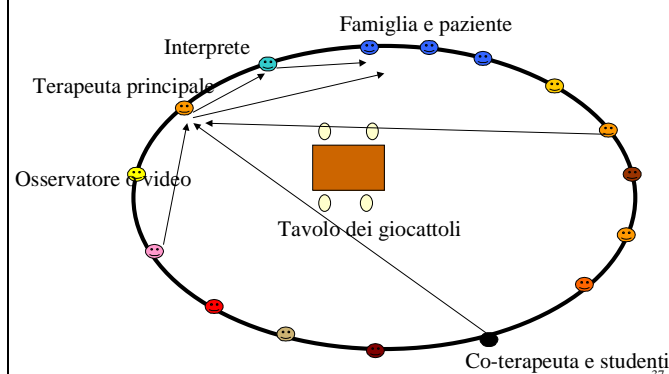
- **Facilita il lavoro su e con le rappresentazioni culturali**
- **Fornisce uno specifico posto ai bambini e agli adolescenti**
- **Usa la lingua e i linguaggi dei genitori**
- **Unisce un team multiculturale di professionisti**
- **Usa l'approccio complementare di Devereux**
- **I pazienti possono venire con la famiglia o con altre persone loro vicine**
- **Professionisti di riferimento sono invitati a partecipare.**

29



Il setting del gruppo

(Heidenreich, 2007)



37

posizione, una forma di sperimentazione, un lavoro per l'appunto sulle affiliazioni. Ed è dunque importante, quando li incontriamo, riuscire a mantenere una posizione che permetta loro di modificarsi, senza prendere la parte dei genitori, o dell'adolescente, o del mondo dei genitori o del mondo esterno. Ma gli adolescenti sono molto bravi a costringerci ad assumere una posizione, per poi criticarla. La questione della costruzione identitaria molteplice nell'adolescenza è dunque un punto essenziale per qualunque incontro in situazione transculturale.

Riassumendo, in situazione transculturale esiste una condizione di vulnerabilità, legata al processo di passaggio tra il dentro e il fuori, ma nella maggior parte dei casi, per fortuna, i bambini riescono a trovare delle loro modalità. Alcuni bambini sembrano addirittura invulnerabili e fanno questo lavoro come se nulla fosse; altri hanno bisogno di essere aiutati, di comprendere cosa pone loro problema, in modo da controllare il rischio e diventare più creativi. È questa la posta in gioco, a scuola così come nella cura.

Arriviamo così alla situazione clinica, con quell'elemento fondamentale che è l'assunzione dell'alterità, alterità dei genitori, alterità dei figli. Riconoscimento di questa singolarità, con la consapevolezza tuttavia che questa singolarità, questa differenza non esclude, al contrario, permette l'incontro. Per questo faccio ricorso al termine filosofico di «alterità», per esprimere proprio questo processo di riconoscimento e di costruzione del legame.

Quello che noi abbiamo immaginato come dispositivo transculturale è un dispositivo di secondo intervento [DIA 22]: ci vengono dunque indirizzate tutte quelle situazioni con figli di migranti che hanno creato problem alle equipe di primo intervento. Situazioni, dunque, in cui c'è un problema di alleanza terapeutica, di efficacia, o una difficoltà a capire perché il bambino non sta bene. Noi proponiamo a quel punto un dispositivo transculturale a geometria variabile: colloqui individuali, o incontri di gruppo, o gruppi per bambini. Diversi livelli di intervento, dunque [DIA 24].

Nelle situazioni difficili e complesse, una delle possibilità è di accogliere la famiglia in gruppo. I bambini sono al centro, giocano o disegnano, o ascoltano, ma sono al centro del gruppo [DIA 37]. La famiglia viene con chi vuole: i genitori possono venire soli, o invitare tutti coloro che loro ritengono importanti per la seduta [DIA 29]. C'è sempre un traduttore nella prima seduta, per permettere che la famiglia possa utilizzare tutte le sue risorse, in francese o nella sua lingua materna, in modo che si possa descrivere il lavoro e perché ci



Lingue

- C'è una traduzione automatica nella lingua madre del paziente da parte di persone formate a lavorare nel nostro specifico setting.
- Gli interpreti non traducono soltanto cosa viene detto, essi hanno un ruolo di mediazione tra culture. I traduttori sono spesso psicologi del nostro team. Quando nessuno di noi parla la lingua del paziente è necessario un interprete esterno. Ai genitori viene sempre data la possibilità di parlare nella loro lingua quando lo desiderano.
- Le analisi delle rappresentazioni delle malattie da un punto di vista linguistico è una parte importante del nostro lavoro (intorno al 20%)

30



Team multiculturale

- I pazienti vedono un gruppo multidisciplinare di psichiatri, psicologi, operatori sociali e infermieri/e. Questo gruppo svolge tre funzioni
 1. E' composto da diverse rappresentazioni di alterità.
 2. Presa in carico
- Materializza i *passaggi da un universo all'altro*.
- **Alterità**: queste parcelle di alterità impersonificate dai membri del gruppo permettono alla famiglia di sperimentarsi con altre forme di alterità rappresentabile e creativa.

31



Principi base della psichiatria transculturale

1. Universalità del funzionamento psicologico E' lo stesso per ognuno

Da questo deriva la necessità di dare lo stesso status (etico e scientifico) a tutti gli esseri umani, ai loro prodotti psichici e culturali, ai loro modi di pensare e vivere, ai loro modi di fare con i loro bambini...anche se sono differenti e qualche volta sconvolgenti.

25



Codici culturali

2. Tutte le donne, uomini e bambini sono esseri culturali (anche noi). Le variazioni culturali esistono nelle pratiche educative dei bambini, nelle espressioni e nei significati dati alle malattie così come nei comportamenti di coloro che si rivolgono ai servizi sanitari.

La cultura così come il linguaggio è ciò fonda la nostra umanità e universalità ma sono differenti.

Raggiungere l'universalità non immediatamente conoscibile, anche se troppo spesso viene dedotta senza considerare lo specifico e il singolare

26



Una differenza creativa (Pinon-Rousseau, 2005)

Bouba, l'elefante e la scimmietta Golo



« ...Non sono uguali, ma possono diventare amici » (Bouba, 6 anni)

40

si possa accordare su cosa si farà [DIA 30]. Alla fine della prima consultazione, si decide con la famiglia se è necessaria la presenza del traduttore per il seguito del lavoro. C'è un terapeuta principale che organizza il gruppo, e la circolazione della parola, e un membro dell'équipe che ci ha indirizzato il paziente che accompagna la famiglia e che parteciperà al lavoro di valutazione e alla terapia in seguito. E infine, dato che il dispositivo è oggetto di ricerca, c'è sempre qualcuno che prende appunti, parola per parola, o, in certi casi, con l'accordo del paziente, si filma la seduta. Ci sono i terapeuti di esperienza e persone in corso di formazione [DIA 31].

Si tratta di un dispositivo che introduce la lingua e il gruppo, sapendo che in alcune situazioni il gruppo favorisce la parola, permette che si sviluppi un racconto, cosa che non è possibile, per ragioni culturali, in una relazione a due. Permette dunque di lavorare sull'alleanza terapeutica, sul passaggio da un mondo all'altro e sui diversi livelli del lavoro: l'universalità psichica, da un lato, il codice culturale, dall'altro [DIA 25-26]. Quella che vi ho appena mostrato è dunque una consultazione di gruppo per le situazioni genitori-figli difficili, ed è uno degli elementi del dispositivo. Esistono poi altre possibilità, a seconda dei bisogni.

Vi racconterò una storia che riguarda un'altra tecnica dell'ambulatorio, che è l'utilizzo delle fiabe nel corso della consultazione. La tecnica è la seguente, la chiamiamo la tecnica del «conte bilingue», del «racconto bilingue»: chiediamo ai genitori di portarci un racconto nella loro lingua materna e questo viene tradotto in presenza dei genitori e del bambino, in seguito, in colloquio individuale, un terapeuta lavora sulle due versioni. È un modo di lavorare sul passaggio tra le lingue e tra i mondi. Quello che vedete è un disegno fatto in questa situazione da un bimbo di 6 anni, che non parlava [DIA 40]. La prima cosa che ha fatto, quando si è messo a parlare, è stato commentare il disegno che aveva appena fatto, un disegno che rappresenta un elefante, Bouba, che non è né bianco né nero, né rosso né blu, ma tutti questi colori insieme, accompagnato da una scimmietta, Golo, che non è né bianca né nera. Sono personaggi multicolori. E c'è un sole. Quando la mamma ha visto il disegno ha detto: «Com'è bello! Mio figlio ha disegnato il sole d'Africa!». Ne deduciamo che siamo in Africa. I personaggi del disegno hanno «identità multiple», per utilizzare un'espressione cara a Obama. E cosa dice questo bambino che esce dal suo mutismo, che non parlava a scuola? La sua prima frase è: «I personaggi non



Training transculturale

Una grande sfida per il domani

45



Principi di training transculturale

- Come migliorare la competenza?
- Usiamo la nozione di **decentralità**: capacità di riflettere sulla nostra posizione sociale e culturale (riflessività, cambiare noi stessi)
- due importanti strategie sono state elaborate per accrescere l'apertura di individui e istituzioni ai processi di decentralità.

46



Insegnare i processi di *decentralità*

- 1-lavorare in team multiprofessionali culturalmente diversi.
- 2-riflessione sulla diversità e l'incontro con <l'altro> (l'altro reale ma anche l'altro che noi immaginiamo, le fantasie che possiamo avere)
- 3-In contesti di supervisione e corsi accademici.

47



Contro-transfert (CT)

- Noi facciamo molta attenzione ai movimenti individuali, culturali e istituzionali (come reagiamo? Come vediamo l'alterità e la diversità?)
- La *competenza culturale* può essere vista come la capacità di costruire un dialogo su diversi livelli nel momento in cui si interagisce con i pazienti.

48



La clinica transculturale è anche una questione politica



49



Un sogno...

Spero di non essere come Don Chisciotte che lotta contro i mulini a vento....

55

sono uguali, ma possono diventare amici». Cioè, possono avere dei legami, legami di amicizia e di riconoscimento.

Trovo che questo disegno illustri bene questo sentimento alterità che può far male ai bambini e che devono riuscire a trasformare in qualcosa di bello. È interessante anche sapere che a partire dal momento in cui questo bambino si è messo a parlare siamo riusciti a occuparci anche dei genitori, della depressione della mamma, che risaliva al post-partum, e del lutto del padre, che non aveva potuto tornare nel suo paese quando il suo proprio padre era morto e che quindi non aveva potuto riconciliarsi con lui, dato che era emigrato senza la sua autorizzazione. Evidentemente, i bambini portano su di sé anche le sofferenze dei genitori e dunque, quando si lavora su queste situazioni, bisogna lavorare sulla vulnerabilità dei bambini, su ciò che portano, ma anche sulla sofferenza dei genitori in situazione di migrazione.

Un'ultima parola sulla formazione, sul training transculturale [DIA 45-46-47]. È molto importante apprendere a «decentrarsi» per lasciare posto ai saperi dei genitori. Credo che questo processo di decentramento sia proprio un processo di apprendimento. È quello che cerchiamo di fare nel diploma di Psichiatria transculturale. Più che di contenuti, di conoscere le rappresentazioni dei genitori, si tratta di lasciare la possibilità che i genitori stessi portino loro quei saperi. Ci sono elementi che favoriscono questo decentramento: le lingue, la diversità culturale nei nostri dispositivi, la supervisione, quando è possibile, la formazione. E il riconoscimento di quello che chiamiamo il «transfert culturale», cioè il fatto che la differenza culturale su di noi provoca qualcosa, ha un effetto, ed è inevitabile, per tutti, anche se l'effetto non è identico [DIA 48]. Ci tocca tutti, nella nostra identità personale e nella nostra identità culturale. Bisogna riconoscerlo e farne qualcosa, qualcosa che ci renderà più creativi, a condizione che lo abbiamo ammesso e che ci abbiamo lavorato su.

La migrazione è del resto anche una questione politica [DIA 54]. Terminerò dunque con un sogno, un sogno, un sogno che ricorda la storia di Don Chisciotte, un sogno che spero e che so di condividere con molte persone, e cioè che non continueremo a batterci contro dei mulini a vento [DIA 55]. Grazie mille.



Un equivoco?

Pensare cosa conosciamo, ciò che siamo è universale
E' familiare e ben conosciuto.
Gli altri non sono tradizionali, loro sono, loro conoscono
attraverso le loro parole, significati e limiti così come
facciamo noi.
Necessità di condividere in un modo appropriato le
modalità e il setting.

27



Tre livelli di azione per situazioni cliniche: dalla ricerca alla pratica

- **Considerazioni ontologiche riguardanti la persona malata** (Chi? E' un bambino, un essere umano, un antenato? Che cos'è una madre? Un padre? Una donna o un uomo?)
- **Etiologie** (Perchè? Qual'è il significato di ciò che è accaduto al mio bambino?)
- **Logiche terapeutiche** (Cosa facciamo? Come lo affrontiamo?)

28



Gruppo multiculturale

- **Presa in carico:** una volta che la famiglia è sufficientemente sostenuta, può a sua volta sostenere il bambino Riconoscendo e sostenendo il bambino e la sua alterità è possibile stabilire una relazione di scambio.
- **Il passaggio da un universo all'altro:** avviene quando la famiglia è sufficientemente sostenuta dal gruppo. E' molto importante per il bambino che spesso identifica nell'interprete e confida in lui o lei il difficile lavoro del legame.

32



Il setting transculturale

- Fuori/dentro
- Il team rappresenta la diversità culturale e funziona da «cornice culturale». Così facilita l'enunciazione di etiologie culturali e familiari e l'accesso alle rappresentazioni di malattie e terapie.

33

DOMANDE

D: (della moderatrice del dibattito): Ringraziamo per questa splendida relazione. Ci resta una quarantina di minuti per le domande. È talmente intrigante e stimolante questo approccio, che esso non vale solo per i terapeuti, ma per tutti quelli che hanno a che fare con l'«altro», tutte le professioni di aiuto, tutte le professioni di relazione: mettersi in discussione e vedere come cambiare, noi, per arrivare all'altro. Penso che non ci sia altra possibilità, mi sembra di capire che non possiamo fare in altro modo. Puoi dirci ancora qualcosa su questo, che hai sperimentato sulla tua pelle, essendo immigrata, ma che tutti noi, anche solo se cambiamo città, se cambiamo quartiere, dialetto o lingua, sperimentiamo, trovandoci a fare un lutto della nostra situazione precedente?

R: In effetti è un punto centrale. Se dovessi proporvi una sola idea, sarebbe proprio questa: che sia a scuola, o nelle diverse professioni di cura, la questione è anzitutto quella della nostra posizione interiore, della capacità di modificare la nostra posizione interiore. Anche se si è stati migranti, non basta; è davvero un lavoro di decentramento che bisogna mettere in atto, occorre imparare a mettersi in un altro punto di vista e rendersi conto che non si è il centro del sapere. Si tratta anzitutto di una posizione interiore.

D: Anzitutto, complimenti. Sono una psicologa che lavora con i sordi stranieri e sono venuta qui oggi da parte della Fondazione Guarandi sperando di avere informazioni utili su questo problema emergente. Ascoltando la relazione della dott.ssa Moro, mi veniva intanto la domanda: come riesce a rimanere obiettiva quando condivide con i suoi pazienti un tratto dell'anamnesi, essendo figlia di immigrati? Come riesce a usare questa condizione che la accomuna ai suoi pazienti restando però obiettiva e usandola in modo produttivo? Un'altra domanda, poi. Lei ha parlato di stranieri di seconda generazione. Ma si può dire che alla fine, forse, il problema si esaurirà con la terza e la quarta, perché a quel punto non saranno più stranieri, saranno integrati? E si può dire quindi che i servizi che dobbiamo offrire noi dovranno essere pronti a essere smantellati una volta esaurito il problema?

R: Sulla prima domanda, la risposta è che io non sono obiettiva. Ma nessuno è obiettivo. L'obiettivo non è essere obiettivi. Per me, in ogni caso, l'obiettivo è che l'incontro con il paziente possa avere luogo, e che si riesca dunque a uscire dal malinteso, a fare una



Metodologia complementarista

- Il nostro lavoro è basato sui principi complementaristi di Devereux che sostiene un **mandatorio ma non simultaneo uso di metodologie di differenti discipline** come psicanalisi, antropologia, psicologia linguistica, storia, teoria sistemica, scienze religiose ecc. . La metodologia prende in considerazione due livelli di interazione.
- Le rappresentazioni culturali che circondano il bambino e l'adolescente.
- Raggiunge la complessità della situazione migratoria, empatia con bambini e genitori.

34



Antropologia medica

- ✦ **Malattia** (dimensione biologica)
- ✦ **Malessere** (personale, dimensione psicologica)
- ✦ **Disagio** (dimensione sociale)

35



Rappresentazioni della malattia

- Includono**
- ✦ **Vari modi di sperimentare ed esprimere il dolore**
 - ✦ **Modelli diversi di causalità e significati (come comprendo? La mia famiglia comprende? Diversi significati posso coesistere.**
 - ✦ **La causa non è il Senso!**
 - ✦ **Modalità di trattamento (psicologico, sociale, spirituale, religioso, tradizionale, ecc)**

36



Assi strutturanti

- Alleanza terapeutica
- Mediazione
- Elaborazione e «gioco con le rappresentazioni culturali »
- Raggiungere le rappresentazioni interne e agire con le parole e le metafore dei genitori.
- Costruire delle narrative personali (genitori e bambini)

38

diagnosi, una proposta e che ci sia spazio per il sapere dei genitori e dei bambini. Ma non si cerca l'obiettività, si cerca di fare in modo che l'incontro possa avvenire. Sul secondo punto, in Francia per esempio abbiamo più di trent'anni di esperienza e le domande non fanno che aumentare. Dunque il problema non si ferma alla seconda generazione. Ci possono essere anche nella terza generazione necessità di lavorare su queste questioni. Inoltre, io ho una posizione un po' diversa su questo: ritengo che la questione transculturale appartenga ora a tutta la società, e non solo a certe zone e a certi settori. Penso che quindi per adesso, per le nostre generazioni, ci sia molto lavoro e credo che il lavoro transculturale diventerà il lavoro di tutti, che quello che abbiamo appreso con i migranti servirà dunque per tutti.

D (professoressa Marcoli): Mi veniva da dare una riflessione, dall'alto dei miei 70 anni, a una giovane collega. Io credo che il problema non sia essere obiettivi, ma essere autentici in una relazione umana, e credo che questo esuli dalla transculturalità rispetto a etnie diverse. Questo vale credo per tutte le esperienze, perché noi abbiamo esperienze transculturali anche all'interno della nostra società, ci sono gruppi culturali diversi. Mi veniva in mente prima un episodio banalissimo, una volta in cui un infermiere psichiatrico che frequenta uno dei miei gruppi mi aveva chiesto di poter partecipare a un gruppo di genitori di pazienti psichiatrici adulti, quindi genitori anziani. Io ho partecipato a questo gruppo, poi ho chiesto che rimando avevano avuto i partecipanti. E l'infermiere mi dice: «Sa qual è la cosa che li ha colpiti di più? Hanno detto: ci ascoltava davvero! prendeva anche appunti di quello che noi dicevamo!». Io credo che il punto sia proprio la nostra autenticità nell'esperienza, partendo dal presupposto che nell'esperienza umana siamo dentro tutti, con gli stessi problemi e con bagagli diversi. Quindi credo si tratti non tanto di obiettività, quanto di autenticità.

R: Grazie per questa osservazione. Sono naturalmente d'accordo con lei. E penso che l'autenticità non discenda dai buoni sentimenti, ma che si costruisca, e in situazione transculturale ancor più. Ma la situazione transculturale non fa che aumentare elementi che appartengono a qualunque incontro, sono del tutto d'accordo con voi.

D: Sono una studentessa di arabo e sono a contatto con le comunità islamiche di Brescia. La mia domanda è questa: per andare incontro al bisogno di imparare la lingua, in



Solitudine dei genitori e del bambino

- Bambino di 7 anni, famiglia della Repubblica Democratica del Congo con una diagnosi di disturbo pervasivo dello sviluppo, l'istituzione ha difficoltà a lavorare con la famiglia, la famiglia spesso interrompe il trattamento del loro bambino, hanno paura.
- I genitori hanno una loro spiegazione: *stregoneria*
- Lavorare intorno a modelli culturali alternativi (trasgressione, spiriti degli antenati, doni speciali ecc.) arrivare a diverse conserazioni sullo spazio del bambino all'interno della famiglia e dei suoi bisogni.
- La narrazione della famiglia e della storia migratoria permette di rinnovare il contatto con la famiglia e negoziare un nuovo modo di comprendere le sofferenze del bambino prendendosene cura.

39



La ricerca nel campo transculturale

Alcune prospettive francesi ed europee

Bambini, adolescenti e le loro famiglie immigrate

41



In epidemiologia, ricerca qualitativa, studi longitudinali e comparativi.



42



Bisogno di specificità nel condurre ricerche con i bambini immigrati

3 livelli di specificità (sensibilità)

1. **Raccolta di dati:** per esempio, per studiare l'interazione madre-bambino siamo tenuti a considerare i loro contesti culturali e migratori
2. **Comprensione:** lo sviluppo delle origini delle specifiche vulnerabilità dei bambini immigrati.
3. **Cura terapeutica:** prendere in considerazione la situazione migratoria e le rappresentazioni culturali dei genitori e dei gruppi di riferimento nella cura dei bambini.

43

particolare delle donne pachistane, stiamo cercando di attivare un corso di italiano che entri in moschea, in modo da dare la possibilità anche a quelle donne che sono immigrate da poco e che hanno una forte appartenenza alle tradizioni originarie di accedere a questo servizio. Questo nell'ottica di non violare e non forzare la loro tradizione, la loro cultura. Quello che io mi chiedo però è: fino a che punto andare incontro a queste necessità culturali di un'immigrazione ancora recente può limitare la loro possibilità di integrazione?

R: Grazie per questa domanda, che è una domanda ricorrente e che riassumerei così: quando rispettiamo la specificità dei pazienti e il loro bagaglio culturale e la loro lingua, siamo forse da freno e da ostacolo alla loro integrazione? Io penso che ci siano diversi livelli. Di fronte ai migranti, non siamo tutti responsabili della loro integrazione. Quando incontriamo un migrante, il nostro obiettivo non è quello di «integrarlo». Nel mio caso, il mio compito è quello di curare suo figlio; a scuola, l'obiettivo è quello di educarlo; nel tribunale, è di emettere un giudizio. Bisogna anzitutto definire bene in che posizione ci troviamo, perché a volte si fa l'impressione che tutti quelli che si trovano di fronte a un migrante hanno un solo obiettivo e cioè partecipare alla loro integrazione nel senso «politico» del termine. È molto importante, penso, sapere in che posizione ci si trova e non voler fare due cose insieme, perché altrimenti perdiamo la nostra identità professionale. Ma il secondo punto è un punto più filosofico. Per riprendere la parola utilizzata in precedenza, «oggettivamente» noi sappiamo, sul piano linguistico, ma anche su altri, che più un bambino ha una buona rappresentazione del mondo dei suoi genitori, della sua lingua materna, meglio imparerà il francese o l'italiano. Dunque rispettare i genitori come trasmettitori e come genitori significa probabilmente favorire il fatto che i figli trovino il loro posto nel mondo esterno. Faccio un piccolo esempio clinico. Una mamma ha appena partorito, una mamma che è in Francia da diversi anni, ma cresciuta in Senegal, e che è soninké. Immaginiamo che io sia questa mamma: sono molto triste, non riesco a prendermi cura del mio piccolo, sento come delle voci che mi dicono che il neonato è in pericolo, e ho paura. In questa situazione, se permetto alla mamma di dare un senso culturale, il suo proprio senso, a ciò che le avviene, mi dirà forse – è un caso classico – che il neonato è stato colpito da malocchio o che lei stessa lo è stata durante il parto. Se accetto l'idea che questa sia un'ipotesi culturale che ha un senso, se lo accetto autenticamente, dentro di me, non in una relazione falsa con la mamma (questo presuppone che io mi sia formata, e dunque che io accetti e comprenda il significato cultu-



Lavoro di ricerca

- Rappresentazioni della malattia e conseguenze della tossicodipendenza (usando la spiegazione del modello di Weiss sulla catalogazione delle interviste, Taieb, 2007)
- Salute mentale dei **richiedenti asilo e dei loro bambini** (attaccamento e narrativa) (Sturm, 2006)
- Valutazione delle **psicoterapie transculturali** e dei trattamenti (Moro, 2005, 2007)
- **Bilinguismo** e sviluppo della parola (Rezzoug, 2008)
- Trapianto di midollo osseo in cellule malate e psicopatologia (Pradere, 2008)
- **Vulnerabilità e resilienza** nei bambini e negli adolescenti (De Plaen, 2007)
- **Genitorialità e parentela** in situazioni di migrazione (Moro, 2006)

44



Insegnare come costruire un dialogo con i pazienti

- **Dialogo sulla soggettività, sulla concezione che i pazienti possono avere in merito al problema dell'incontro**
- **Dialogo sugli universi simbolici che i pazienti usano come cornici quando pensano a questi problemi.**
- **Dialogo sulle percezioni che i pazienti sviluppano rispetto alle logiche istituzionali che incontrano.**
- **Insegnare processi non contenuti.**
- **Come evitare errori diagnostici (prospettiva emica)**

49



A chi?

- Studenti di medicina, psicologia e antropologia
- Mediatori e interpreti
- Professionisti della salute
- Insegnanti e operatori di servizi per bambini
- Servizi per l'infanzia
- Tutti i professionisti che accolgono e prendono in carico gli immigrati e i loro bambini.
- Diversi livelli di insegnamento e training

50

rale di queste ipotesi), in questo modo permetterò alla mamma di accedere alla cura, perché cercherò di tessere dei legami, in modalità transculturale, tra il malocchio e il perché lei è stata colpita da esso, quale fragilità ha fatto sì che lei potesse esserne colpita. L'esperienza mostra che questi elementi, una volta che non sono più utili, non vengono più utilizzati dalle mamme; li utilizzano per cercare di dare un senso a ciò che avviene loro. Questo presuppone che possano eventualmente esprimersi nella loro lingua materna, e dunque che venga messo a loro disposizione un interprete. La conseguenza è che la mamma può così accedere alle cure, trasformarsi, occuparsi bene del suo bambino, e, in generale, questo è qualcosa che le dà maggiore libertà, anche nel mondo esterno, mentre se fosse rimasta nell'impossibilità di comunicare a qualcuno la sua ipotesi culturale tutto ciò che le avranno proposto non avrebbe avuto significato per lei. Dunque, per me, accettare il sapere, compreso il sapere culturale e le lingue dei nostri pazienti, significa al contrario permettere loro una libertà rispetto al mondo esterno, significa non lasciarli da soli, esclusi dal resto della società.

D (della moderatrice del dibattito): Volevo aggiungere una cosa. I pazienti che arrivano dalla dott.ssa Moro arrivano con le loro gambe; sono loro che chiedono, o che vengono aiutati a chiedere. L'idea che voglio esprimere è che non si può aiutare nessuno che non chieda aiuto o che non voglia essere aiutato; non possiamo imporre qualcosa. Possiamo aiutare quelli che stanno male perché *loro* non si fanno aiutare: allora si può aiutare l'infermiera, il medico, l'insegnante, che ha a che fare con un mondo un po' diverso dalla sua cultura o con un bambino in difficoltà. Come si fa anche con i bimbi italiani italiani: se non si lavora con il bambino, perché il genitore non è pronto a chiedere, si lavora con chi sta col bambino. C'è un lavoro che si può fare comunque per arrivare dove c'è un disagio. D'altra parte credo che la differenza grossa sia tra *capire* e *comprendere*, cioè non capire con la testa, ma comprendere col nostro dentro, col nostro cuore, cioè in qualche maniera mettersi al posto di, identificarsi con l'altro. Quando tu dicevi del malocchio e dicevi che in qualche modo lo hai accettato, non è che lo hai accettato per compiacerla, ma perché hai provato a sentirti come lei, a come ti sentiresti pensando al malocchio, si tratta cioè in qualche maniera di mettersi al posto dell'altro, sentire come l'altro, e solo in questa maniera, rispettando l'altro, sentendosi come l'altro, puoi arrivare a trovare le parole. Per esempio nel caso del malocchio, come può essere evitato. Trovare il



Prospettiva transculturale



51



Scambi, mix e pluralità

- Maggiore riconoscimento
- Salute e modelli di servizio
- Indentità culturale dei clinici...

52



Sostenere programmi e politiche transculturali

- Ci sono molti **fraintendimenti** sul lavoro transculturale: non è esotico, non è iper sofisticato ma semplicemente necessario in un mondo multiculturale in continuo cambiamento
- **Un chiaro messaggio:** per raggiungere l'universalità dobbiamo considerare la specificità e la diversità culturale.
- Prendere in considerazione questa singolarità per comprendere meglio a trattare i bambini e le loro famiglie, qualsiasi siano i **colori delle loro culture...** una necessità clinica ed etica!

53

modo di entrare nell'altro mondo, non con la testa, ma con tutto se stesso, con il cuore, starci dentro, perché è solo così che puoi capire veramente l'altro, e sentirlo. Dopodiché puoi anche trovare il modo per fare il mediatore delle emozioni.

R: Sì, certo, comprendere l'altro, identificarsi con l'altro, in ogni caso ritenere che l'altro detenga una parte del significato che ciò che gli accade, questo è importante e bisogna capirlo «da dentro»: da qui l'importanza della formazione, della prospettiva antropologica, della supervisione psicanalitica, anche su queste questioni. L'altro punto è che per arrivare a questo è necessario modificare il quadro, in modo che sia adatto anche al paziente, e non solo a noi. Noi non siamo abituati al gruppo, per esempio, ma il gruppo può fare molto bene al paziente, perché lo mette in una posizione diversa. Entrambi questi livelli sono importanti.

CONCLUSIONI

Moderatrice: Potremmo sintetizzare alcuni concetti che sono emersi in questa mattinata così intensa e che varrebbe la pena di approfondire ulteriormente. Anzitutto, i bambini stranieri presentano una vulnerabilità psicologica specifica legata alla scissione sulla quale si strutturano, tra il mondo interiore, legato all'affettività e all'universo culturale dei genitori, e il mondo esterno, della scuola, dei media, retto da regole diverse. La condizione prima per non far violenza ai bambini è non chiedere loro di essere come noi per aiutarli, curarli, educarli. Il razzismo si estirpa non tanto coi buoni sentimenti, ma con idee audaci, come abbiamo visto, innovazioni pedagogiche, col rispetto a scuola della cultura dei genitori, con ogni forma di prevenzione e di cura. Bisogna integrare gli ostacoli e le diversità di fronte a cui ci si trova, e non negarli a priori.

**Psichiatra e Psicoanalista, Professore all'Università Paris 13; responsabile del Servizio di Psichiatria Transculturale all'Ospedale Avicenne a Bobigny; consulente di Medecins sans frontières*

GRAVIDANZA E PARTO IN ESILIO

21 novembre 2008
Brescia

Sabina dal Verme
Università degli Studi di Milano - Cooperativa CRINALI

1

NEL PROPRIO PAESE

LE CO-MADRI SOSTENGONO E ACCOMPAGNANO LA GIOVANE MADRE

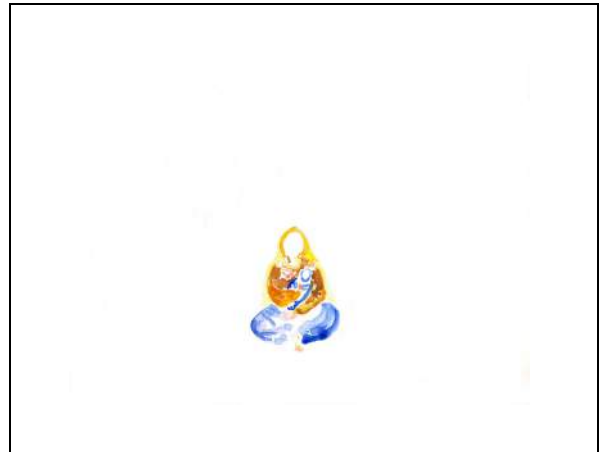


2

La maternità "lontano da casa"

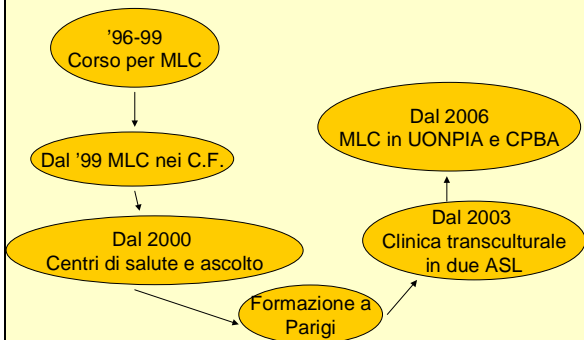
- Il trauma migratorio
- Perdita involucro culturale
- Maternità: doppia vulnerabilità
- Aspettative deluse (gravidanza, Italia, marito)
- Solitudine elaborativa: insicurezza, confusione
- Difficoltà a trasmettere sicurezza al b.

3



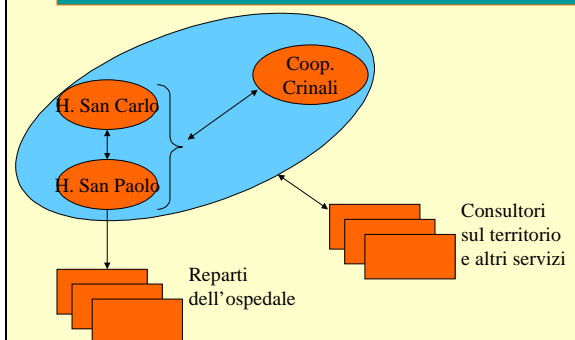
4

La nostra storia



5

Il Centro di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini



6

GRAVIDANZA E PARTO IN ESILIO

*Dott.ssa Sabina dal Verme **

Trovarsi lontano dalla propria famiglia e dal proprio paese e aspettare un bambino, farlo nascere e farlo crescere è un'impresa difficile. Molte donne sono ricche di forza e di risorse, alcune sono più in difficoltà. Per loro la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita del bambino sono un periodo di particolare vulnerabilità.

Mancano le co-madri che al paese accompagnano la giovane madre, la donna è sola, triste e a volte si sente molto insicura. (1, 2, 3)

Da alcuni anni lavoro con un gruppo di professioniste e di mediatrici culturali per accogliere e curare le donne migranti e i loro bambini quando si rivolgono ai consultori familiari o all'ospedale. L'esperienza che racconto è il frutto del lavoro collettivo di questo gruppo, che si è costituito in Cooperativa: CRINALI, donne per un mondo nuovo.

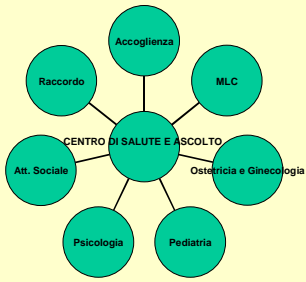
Ecco brevemente la storia del nostro lavoro (5)

- Negli anni 1990 abbiamo formato un gruppo di mediatrici culturali per l'area materno infantile.
- Le abbiamo inserite in due ospedali di Milano (il S. Paolo e il S. Carlo) e in 13 consultori familiari sui 19 esistenti.
- Siamo andate a Parigi per formarci alla clinica transculturale e Marie Rose Moro ci ha accolto, ci ha insegnato molto e ci ha sempre incoraggiato ad andare avanti.
- Abbiamo organizzato nei due ospedali due "Centri di salute e ascolto per le donne migranti e i loro bambini". Il servizio è collegato al resto dell'ospedale e alle strutture territoriali. (6) Siamo tutte professioniste donne, ma abbiamo professioni diverse: psicologa, ostetrica, ginecologa, assistente sociale, pediatra e mediatrici culturali. (7)

Come lavoriamo?

Cerchiamo di avere un'attitudine di DECENTRAMENTO (8) in modo di accettare le differenze culturali senza giudicare, ma anzi con apertura e interesse.

Attività del Centro di Salute e Ascolto per le donne immigrate e i loro bambini



7

COME LAVORIAMO ?

Il DECENTRAMENTO
è l'attitudine
che cerchiamo di sviluppare

Il gruppo e le MLC → il decentramento

8

La mediazione culturale

- La formazione delle mediatrici culturali
- La deontologia professionale
- La dinamica del colloquio a tre
- Mediazione a seconda del contesto
- Condividere l'esperienza della migrazione

9

I Colloqui di accoglienza

- Ci presentiamo e parliamo di noi e del servizio
- Presentiamo la mediatrice culturale
- Linguaggio non verbale
- Anamnesi come racconto e non come interrogatorio
- Il nostro obiettivo è l'incontro

10

Colloquio di accoglienza

Colloquio congiunto

Psicoterapia individuale

Consultazione di gruppo

Cure mediche

Gruppo accompagnamento
alla nascita

Colloquio sociale

11

I Colloqui congiunti

12

Il gruppo e le mediatrici culturali aiutano a decentrarsi.

La mediazione culturale (9)

richiede una formazione approfondita, sia per le mediatrici che per noi operatrici: il colloquio a tre è complesso. A seconda della situazione la mediatrice deve lavorare in modo diverso Per le pazienti la mediatrice permette la comprensione linguistica e la condivisione dell'esperienza migratoria.

Il colloquio di accoglienza (10)

è un momento importante perché a seconda del clima di rispetto e empatia che si crea, può avvenire l'incontro e la comprensione reciproca. Ci presentiamo noi e raccogliamo la storia della signora non come un interrogatorio, ma come una conversazione. A seconda di quanto emerge si possono proporre cure mediche, colloqui psicologici, incontri con l'assistente sociale oppure colloqui congiunti o inserimento nel gruppo di accompagnamento alla nascita (11)

Mi soffermerò sui colloqui congiunti e sui gruppi di accompagnamento alla nascita per dare un'idea di come lavoriamo.

I colloqui congiunti (12)

Parto da un esempio: una signora mi dice che è al quinto mese di gravidanza, sente la pancia fredda, dorme poco e ha molta nostalgia di casa sua. Le propongo un incontro in un piccolo gruppo formato dalla mediatrice che conosce la sua lingua e la sua cultura, da me che sono esperta della gravidanza, dalla psicologa che mi aiuta a curare anche la sua tristezza. Il messaggio è che il corpo a volte parla anche delle emozioni e un colloquio congiunto aiuta a passare da una dimensione all'altra in un modo che sia accettabile e risulti sensato per la signora. E' un modo nuovo di lavorare sia per la psicologa che per l'ostetrica, ma funziona meglio rispetto a lavorare in stanze diverse e parlare separatamente con la signora.

I Gruppi di accompagnamento alla nascita

OBBIETTIVI

- Ridurre la solitudine
- Consolidare l'involucro culturale
- Pensare insieme
- Tessere legami tra il qui e il là
- Lavoro corporeo
- Nuovi riti e nuove appartenenze
- Far conoscere e rendere familiari i servizi

13

I messaggi:

- Il gruppo ricorda le co-madri
- Camminando insieme, il viaggio è più piacevole
- Fra donne possiamo capirci e aiutarci
- Veniamo da culture diverse e possiamo imparare le une dalle altre
- I bambini che nascono fanno parte del gruppo: sono i nostri bambini.

14

I Gruppi multiculturali di accompagnamento alla nascita (13)

Gli **obiettivi** sono:

- Ridurre la solitudine delle donne e costruire dei legami
- Consolidare l'involucro culturale e pensare insieme in modo che la mamma sia più sicura
- Favorire la trasmissione tra la mamma e il bambino, in modo che il bambino abbia solide radici.
- Proporre nuovi riti e sviluppare nuove appartenenze.
- Rendere più famigliari i nostri servizi e aiutare le donne a orientarsi meglio

I **messaggi** che vogliamo trasmettere sono: (14)

- b. Il gruppo ricorda in qualche modo l'accompagnamento delle co-madri al Paese.
- c. Quando si cammina insieme, il viaggio è più piacevole
- d. Fra donne possiamo capirci e aiutarci
- e. Avere culture diverse ci permette di imparare le une dalle altre
- f. I bambini che nascono qui fanno parte del gruppo: sono i nostri bambini.

Come è organizzato il gruppo?

Il gruppo è aperto a tutte le donne durante la gravidanza e dopo il parto e si svolge secondo un calendario che copre tutto l'anno. Gli incontri durano due ore, circa una volta a settimana. La partecipazione è gratuita.

Vengono donne di tante culture, ma abbiamo una sola mediatrice culturale, quindi si passa attraverso due lingue (a volte tre).

Negli incontri si ascolta, si parla, si incoraggiano i racconti di quello che le donne sanno sulla gravidanza, sul parto e sulla cura dei bambini. Spesso si parla anche della migrazione e a volte qualcuna racconta la storia del suo viaggio migratorio. Qualcuna parla delle sue preoccupazioni o delle sue paure, esprime i suoi dubbi e le sue difficoltà.

Lavoriamo anche con il corpo: movimenti, massaggi, rilassamento. Il contatto fisico facilita la costruzione di legami di amicizia. I **gesti hanno un forte valore simbolico**. (Esempio: in cerchio mandiamo le mani verso il centro a significare il contribu-

PER favorire la trasmissione

Pariare al bambino nella propria lingua madre

Raccontare al bambino della famiglia e dei nonni

Raccontare le storie del paese e della famiglia

DUE FESTE OGNI ANNO : in giugno e dicembre

19

NINNE NANNE E FILASTROCCH

Ricordarle, scriverle, cantarle nel gruppo,
tradurle.....

conservarle nel grande registro del gruppo

20

Le radici dei bambini... e delle mamme

21

IL QUADERNO DEL BAMBINO

Comincia con i nomi dei nonni,
con le foto del Paese,
il viaggio dei genitori....

24

to di ognuna al gruppo e la condivisione delle emozioni, le mani verso l'esterno a significare l'energia che ognuna prende dalla sua famiglia e dalla sua cultura.)

Inventiamo **NUOVI RITI per dare il benvenuto ai bambini** che nascono e usiamo questi momenti per sottolineare la forza e il coraggio delle mamme.


Per favorire la trasmissione, (19) incoraggiamo le mamme a parlare al bimbo nella loro lingua materna, a raccontare dei nonni e del paese

LE FESTE

Due volte all'anno organizziamo una festa.

Ogni festa ha un tema su cui lavoriamo nei mesi precedenti. Ci siamo ispirate alle tematiche che Marie Rose Moro propone nei convegni annuali e nella rivista l'Autre e li adattiamo al nostro gruppo. Ecco alcuni esempi.

- **Ninne nanne e filastrocche** per i bambini (20): le mamme le hanno ricordate, le hanno scritte, le hanno cantate nella lingua d'origine, le abbiamo tradotte insieme e le abbiamo raccolte in un grande registro.
- **Le radici** (21) : abbiamo preso una piantina e l'abbiamo trapiantata in un vaso più grande. Questo trapianto è una metafora della migrazione e della nascita in una terra diversa. Per crescere bene la piantina ha bisogno di cure, di nutrimento e di acqua. Per i bambini queste cure sono la lingua della mamma, le sue canzoni, le sue storie le sue modalità di accudire il bébé, come ha imparato dalla sua mamma. Ognuna di noi ha scritto un bigliettino con gli auguri per i nostri bimbi e i bigliettini li abbiamo messi al sicuro alla base del vaso in modo che nutrano le radici della piantina e crescano con lei.
- **Il quaderno del bambino** (24): abbiamo proposto alle mamme di cominciare la storia del bambino non dal momento della nascita ma dai nonni e dai genitori, compreso il viaggio della migrazione. Questo aiuta a pensare che la nascita del bambino, anche in un paese lontano, si iscrive nella storia della famiglia. Alcune mamme hanno scritto solo dei nomi, altre hanno scritto alcune parole, una ha scritto due poesie molto belle, un'altra ha scritto un intero quaderno con tutta la storia della sua vita come la racconterà alla sua bambina, mettendo cioè in rilievo tutti i suoi ricordi più belli.



Ci sono tanti modi
di far crescere i bambini:

IL "NOSTRO" E' UNO FRA GLI ALTRI

NON è MIGLIORE DEGLI ALTRI



26



27



28

Il museo dei giocattoli:

Giochi costruiti dalle mamme,
dalle nonne, dai bambini
...ritornano i ricordi dell'infanzia

32

Cibi, sapori e odori

**evocano in modo immediato il mondo
d'origine e lo fanno vivere qui,
almeno un po'**

33



34

Ci sono tanti modi di far crescere i bambini: il "nostro" è uno fra gli altri, non è migliore degli altri. (25) Per esprimere ciò, abbiamo organizzato:

- **Il museo della nascita** (26) (27) (28): a partire da alcuni oggetti portati da noi, le mamme hanno raccontato molti usi intorno alla gravidanza, al parto e alla cura dei bambini. Poi hanno portato anche loro degli oggetti: una mamma senegalese il burro di *karité* e ci ha fatto vedere come si usa per massaggiare il bambino; una mamma indiana ha portato il *kajal*, che si mette negli occhi del bambino perché sia bello, assomigli al dio Krishna e per proteggere gli occhi del bambino dalle infezioni e dagli sguardi troppo forti; un'altra spiega che in Ecuador alcune mamme fasciano i neonati belli stretti perché non si spaventino. Abbiamo raccolto i riti per dare il nome ai bambini in diverse culture e i molti modi di portare i bébé. Fra queste pratiche naturalmente parliamo anche di come siamo abituati a fare in Italia, stando attente a non dare alle nostre abitudini un valore superiore a quelle delle altre culture.
- **Il museo dei giocattoli** (32): abbiamo proposto alle mamme di costruire un giocattolo e scegliendo tra stoffe, fili e colori, ognuna ha ricordato i giochi della sua infanzia. Ho portato tre delle bambole fatte dalle mamme.
- **Cibi e sapori per mamme e bambini** (33): alimenti consigliati in gravidanza, erbe e tisane per partorire bene, bevande e minestre per il periodo dopo il parto e per allattare a lungo, ricette speciali per i giorni di festa, le prime pappe quando si svezzano i bimbi. Grandi cartelli con le informazioni si accompagnano a frutti di tutti i paesi, ogni mamma porta un cibo tipico: si assaggia, si commenta, si imparano nomi e ricette...si ride. Si annusano le spezie... e i ricordi sgorgano copiosi. (34)

Durante le feste facciamo molte fotografie e le stampiamo in due copie, una per le mamme e una per noi. Le conserviamo in un grande registro che contiene anche tutti i nomi, i racconti delle mamme, i disegni, le ninne nanne. Alle feste partecipano anche le mamme che sono venute al gruppo negli anni precedenti e portano anche i loro bimbi che ormai hanno fino a 5-6 anni. I bimbi osservano interessati le foto di quando erano piccoli e ridono, ma sentono che ognuno di loro è importante per il gruppo, ognuno ha un suo posto nell'ospedale in cui sono nati. Anche per le mamme è bello ritornare nel gruppo.

Alcune mamme sofferenti accettano il gruppo, ma non sono disponibili a un colloquio “psicologico”.

Nel gruppo ascoltano e non sono troppo sollecitate a “esporsi”.

A volte a un certo punto, quando si è creata una certa fiducia, si può proporre loro un colloquio congiunto con la psicologa, oppure un accompagnamento mamma/bambino presso N.P.I o altre proposte di sostegno (comunità, visite a domicilio).

FUNZIONE DI CONTENIMENTO DEL GRUPPO

Funzione di contenimento del gruppo. (41)

Per tutte le mamme partecipare al gruppo è un'esperienza che rinforza le risorse e la fiducia in se stesse.

Quando ci sembra che una mamma sia particolarmente vulnerabile le proponiamo un aiuto specifico: colloqui congiunti con la mediatrice e la psicologa, visite a domicilio o altro.

Nel centro incontriamo alcune mamme molto sofferenti, depresse, ansiose, che non sono però disponibili a un lavoro psicologico. A volte accettano di partecipare al gruppo di accompagnamento alla nascita: non sono troppo sollecitate a esporsi, ma ascoltano, stanno con altre donne, possono parlare la propria lingua, e magari lentamente riescono a fidarsi e a costruire una certa alleanza.

Per concludere

Per **aiutare i bambini dobbiamo rafforzare le mamme** in tutti i modi che riusciamo a inventare nel nostro ambito di lavoro. Questo implica che ripensiamo le nostre abitudini professionali.

Per comunicare con le mamme migranti è fondamentale che impariamo a **decentrarci** rispetto alla nostra cultura, e ci avviciniamo a loro cercando veramente un incontro.

La mediatrice culturale è una figura importante con cui bisogna imparare a collaborare, anche se a volte non è semplice.

Accogliere bene le donne migranti durante la gravidanza, seguirle in modo culturalmente sensibile durante il ricovero e il parto, accompagnarle nei primi mesi di vita del bambino può fare la differenza: un'esperienza potenzialmente traumatica può essere trasformata in un'occasione di incontro e di iscrizione nel mondo di accoglienza.

Il nostro compito è di offrire un contenimento delicato e attento.

Per rafforzare le mamme oltre alla parola, possiamo usare tutti i nostri sensi: le mani, il contatto, la vista, i suoni, i sapori, gli odori perché sono esperienze che evocano in modo immediato il mondo d'origine e lo fanno vivere qui, almeno un po'.

Bibliografia

- Beneduce R., *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano 1998.
- Cattaneo M.L., dal Verme S., *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, Unicopli, Milano 2005.
- Crinali, *Professione mediatrice culturale. Un'esperienza di formazione nel settore materno-infantile*. Franco Angeli, Milano 2001.
- Grinberg L., Grinberg R., *Psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio*, Franco Angeli, Milano, 1990.
- M.R. Moro, *Bambini migranti in cerca di aiuto*, UTET, Torino 2001
- M.R. Moro, *Genitori in esilio*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.

* *Ostetrica Universitaria Ospedale S. Paolo Milano*



GONGA, musicista sufi



GONGA e MITHU



Il padre di GONGA batte il ritmo sulla spalla del figlio

GONGA, MUSICISTA SUFI (GONGA, MUSICIEN SOUFI)

*Claire Chognot * e Marc Aderghal ***

Buongiorno a tutti.

Speriamo che il film che avete appena visto vi abbia permesso di intravedere come vivono certe famiglie pachistane. Lo abbiamo girato nel 2006 nell'ambito di una trasmissione francese settimanale che si intitola «L'œil et la main», che va in onda su un canale francese, France 5. Questa trasmissione esiste da 12 anni e ha come obiettivo quello di osservare il mondo dal punto di vista dei sordi.

Avevamo incontrato Gongga e suo fratello per la prima volta due anni prima di girare questo film, durante un viaggio. L'incontro si era svolto nello stesso mausoleo dove lo si vede suonare, a Lahore. Eravamo stati molto sorpresi di sapere, che malgrado la sua sordità, Gongga era una figura importante del suo fimo in Pakistan. Da molto tempo, lui e suo fratello vengono tutti i giovedì sera a suonare in questo mausoleo. E da qualche anno si esibiscono anche all'estero. Dopo il Giappone, Dubai, la Malesia, la Thailandia, la Norvegia, suoneranno a gennaio al famoso Théâtre de la Ville di Parigi.

Questo per dire che la vita di Gongga è lungi dall'essere rappresentativa di quella dei sordi in Pakistan. Gongga è un'eccezione, una star nel suo paese. Eppure la sua famiglia appartiene a una casta modesta di musicisti nomadi e una generazione fa viveva sotto una tenda. La musica, in particolare il dhôl, è molto presente tra queste famiglie. Gli uomini si trasmettono spesso il mestiere della musica di padre in figli, ma pochi vivono della loro arte. In questo ambiente, bambini vanno poco a scuola, ancora meno se sono affetti da un handicap. Gongga non ci è mai andato. E non sappiamo se Neda, la sua figlioletta, ci va ancora.

Durante il nostro viaggio, ci siamo resi conto di quanto il sufismo sia diffuso nel paese e da questo punto di vista i musicisti che suonano nei mausolei hanno un ruolo molto importante. Hanno un ruolo di «veicoli» nel condurre i fedeli alla trance. Possiamo dire dunque che Gongga se l'è cavata grazie alla musica, e in seguito, grazie alla sua sordità, è divenuto più celebre di quanto sarebbe divenuto un altro musicista sufi. Per Gongga è la comunità sufi che è divenuta la cerchia sociale di riferimento, e non la

comunità dei sordi. Questa potrebbe essere una delle testimonianze dei numerosi paradossi che regnano nella società pachistana. In effetti, anche se è frequente sentir dire che «un uomo privato di uno dei sensi ha ricevuto in cambio un dono di Dio», la sordità, in Pakistan come spesso altrove, non è ben percepita. Le strutture specifiche sono poco numerose e, quando esistono, l'educazione che vi è impartita privilegia la lingua orale.

Quando questa famiglia racconta la scoperta della sordità di Gonga, e poi di quella di sua figlia, Neda, si comprende quale sia l'importanza di Dio in questo genere di momenti : in questo ambiente sociale, le famiglie si rassegnano dicendo a se stesse che devono accettare ciò che Allah ha voluto. Allo stesso modo, lasceranno il destino di questi bambini nelle mani di Dio. Per esempio, non andranno a scuola.

Nei villaggi pachistani, i sordi che abbiamo potuto incontrare erano integrati nella società attraverso il lavoro o quanto meno nella rete familiare, ma erano piuttosto isolati, svolgevano mestieri semplici e dovevano accontentarsi di una rudimentale comunicazione per gesti con gli udenti del loro entourage. Si può parlare in questo caso di sordi isolati, con tutti i problemi legati alla differenza e allo sguardo della maggioranza. Se a Lahore, seconda città del paese per popolazione, i sordi hanno accesso all'istruzione e possono avere contatto con altri bambini sordi, è poco probabile che Neda, bambina nata in una famiglia tradizionale, vada a scuola, ed è probabile che abbia lo stesso destino di suo padre. Come dice sua madre, «sarà difficile per Neda sposarsi» e in generale, possiamo aggiungere, bisognerà che lotti ancor più perché venga riconosciuto il suo valore.

Spero che questa proiezione vi abbia permesso di sapere qualcosa di più su quello che abbiamo visto e sulle famiglie di sordi in Pakistan.

DOMANDE

D: Una curiosità, rispetto al destino delle ragazze, delle donne. È possibile che in Pakistan una ragazzina, una donna, possa diventare una rappresentante della religione sufi? Neda potrà seguire le orme del padre, è privilegiata perché figlia di un personaggio importante, conosciuto come una star in tutto il paese, o le norme culturali precludono questa strada per delle bambine?

R: è un questione che ci ha animati durante tutte le riprese del film, a cui non abbiamo risposta per ora. Se Neda diventasse celebre, avrebbe un destino fuori dal comune, sarebbe la prima, in ogni caso se diventasse celebre in quanto musicista di dhon.

D: [non udibile]

R: Sono stati molto disponibili. Per loro la celebrità è importante. Sono, possiamo dire, dei gitani. Da loro le apparenze, il fatto di essere conosciuti, ha molto valore, dunque per loro fare questo film è stato un grande beneficio ed erano molto contenti del risultato.

**Giornalista e regista tele5 Parigi Canale L'Oeil et la Main*

***Fotografo freelance tele5 Parigi Canale L'Oeil et la Main*



La tutela della genitorialità nelle famiglie straniere con bambini sordi

Nella medicina occidentale “scientifica” si cercano le “cause” della disfunzione

Nelle società tradizionali si cerca il “senso” della malattia, che si pensa provenire da uno squilibrio, da un disordine tra il mondo degli uomini e il sovrannaturale.

IL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' IN FAMIGLIE STRANIERE CON BAMBINI SORDI

*Dott.ssa Marisa Bonomi **

PRIMA PARTE: I SORDI NEI PAESI D'ORIGINE

Questa mia relazione riguarda il lavoro con un piccolo gruppo di famiglie straniere con figli sordi, segnalate alla Associazione Marcoli dai medici di Audiofoniatria infantile dell'Ospedale di Brescia, in quanto famiglie particolarmente disagiate da un punto di vista economico-sociale e difficili da coinvolgere in un percorso diagnostico e terapeutico.

Si tratta di famiglie a maggioranza orientali, pakistane e indiane, etnie numericamente forti nella nostra provincia.

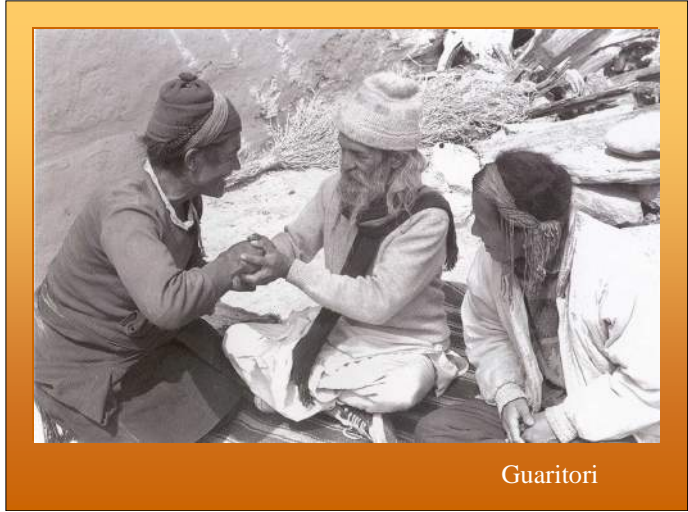
Prima di specificare quali sono state le nostre modalità di intervento, quali le difficoltà ed i risultati raggiunti, vorrei accennare a qualche rappresentazione culturale della sordità presente nei paesi di origine dei nostri pazienti.

Nella nostra società occidentale, la malattia è interpretata come disfunzione biologica di un organo o di una funzione, sulla quale il medico dà spiegazioni riguardo alla genesi, la cura e la prognosi; nelle società tradizionali si cerca invece il senso della malattia, che è fuori, all'esterno del paziente e si iscrive nella sua cultura, nella sua visione del mondo.

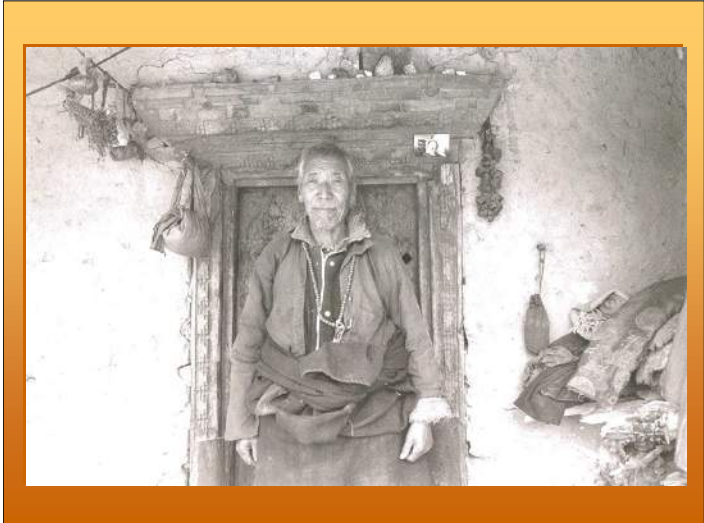
La cultura dello **Sri-Lanka** rappresenta tutta la vita umana nelle sue tappe fondamentali (scelta del nome del neonato, rito di iniziazione all'età adulta, scelta del partner) come determinata dall'influsso degli astri, dai quali dipendono la salute e la felicità degli uomini.

Allora, se il bambino non ha cominciato a parlare verso i due anni, i genitori lo portano dall'astrologo che guarda la posizione dei pianeti al momento della nascita del piccolo e consola i genitori dicendo che il bambino sta passando una influenza negativa: parlerà a 9-10 anni, col cambio più favorevole dei pianeti.

Per ottenere l'effetto desiderato, si fanno voti agli dei e si cerca di imbonirli, perché l'handicap viene sentito come punizione divina.



Guaritori



Presso le **popolazioni di religione induista e buddista**, che credono alla reincarnazione, si interpreta la sordità come segno di un karma negativo: l'individuo sordo esprirebbe cattive azioni compiute nella vita precedente. Tutto ciò che accade è iscritto nella volontà degli dei.

Nel **Nepal**, quando un bambino non acquisisce la parola, viene portato al tempio; i genitori fanno offerte e il guaritore-prete esegue una serie di rituali per espellere gli spiriti cattivi e calmare la divinità. Solo gli dei possono ridare quello che è stato tolto alla nascita e arbitrare il gioco delle forze in lotta della vita e della morte.

Il rituale consiste nel battere il tamburo, girare intorno al bambino, cadere in trance, evocare, metter dentro e digerire gli spiriti, la loro rabbia per farli tornare poi nel mondo buio da cui sono venuti.

Secondo una consuetudine Hindu, si porta il bambino, per un giorno e una notte, nella foresta e lì lo si lascia solo e lo si osserva per vedere se la paura lo spinge a parlare, a piangere o solo a urlare.

Quando, dopo anni, il bambino non è migliorato, i genitori possono arrabbiarsi, ma si rassegnano alla fine: nasce così una nuova identità, il "lato" (muto), sul cui destino nessuno interferirà più.

In questo contesto la sordità ha a che fare più col gioco divino che con la diagnosi di sordità, in quanto è ritenuta frutto dell'aggressione degli spiriti. Se paragonata all'ombra della morte che spesso bussa alla porta di queste famiglie, la perdita dell'udito sembra, a confronto, un male tollerabile mandato da un dio più benevolo.

Ricordiamo che il Nepal è un paese povero (vive di turismo e aiuti esteri), dove le condizioni di vita sono estremamente dure. Coloro che abitano nelle zone montuose (61%) non possono recarsi agli ambulatori, perchè troppo distanti. Anche l'accesso agli ospedali è estremamente difficile: vi può essere una lista di attesa di due anni!

Chi ha risorse si rivolge allora alla medicina di tipo occidentale, riservata ai ricchi, presente nelle città più importanti.

I bambini che abitano in alta montagna soffrono di muco cronico dal naso e pus dalle orecchie.

La situazione è resa ancora più pericolosa dall'abitudine dei parenti di infilare bastoncini o strumenti simili, nei condotti uditivi dei bambini, per tentare di pulirli; in realtà questa pratica ne aumenta l'infezione.



Bambino
sordo della
regione di
Dolpa



Bambini
sordi
pakistani a
scuola



Due piccole
allieve

In certi villaggi isolati la sordità colpisce il 20% dei bambini e quasi sempre la sordità è acquisita dopo la nascita.

L'otite infetta, le infezioni batteriche, l'acqua non potabile, portano molti bambini non solo alla sordità, ma a gravi complicazioni, come la meningite, e anche alla morte.

In questo contesto (Unicef 1981) disabilità e sordità si intrecciano; il cattivo karma fa del sordo un emarginato.

In **Pakistan**, dove il ruolo della religione è molto importante, l'handicap del bambino è visto come esito della volontà divina. Specie nelle zone rurali, molti islamici lo interpretano come segno di una maledizione, quindi può accadere che i genitori tengano in casa il bambino sordo perché se ne vergognano.

La cura della sordità passa attraverso il santo, il Baba, che legge ai genitori versetti del Corano adatti alla loro situazione, e che può predire anche il futuro del bambino.

La mamma si reca col suo piccolo dal Baba, che, ricevute le offerte per i poveri, soffia sul bambino, e prescrive al genitore la lettura di preghiere per un determinato numero di volte nella giornata; la mamma dopo la preghiera, in cui ha incorporato la sacralità del Corano, può trasmettere al bambino lo spirito del testo, soffiando sull'acqua, che farà bere al piccolo.

In Pakistan non ci sono che poche scuole speciali per sordi e mancano gli insegnanti con formazione specifica. Questo disegno (diapositiva n. 7) trovato sul sito dell'Associazione Nazionale dei sordi Pakistani, esprime in forma eloquente la situazione di questi bambini, poveri e reietti.

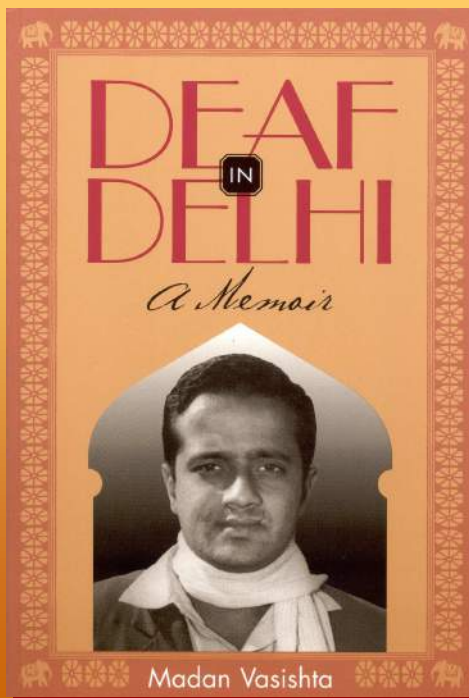
L'emarginazione e il dileggio dei sordi è un fenomeno comune a tutte le nazioni di quest'area geografica. Le poche organizzazioni di sordi esistenti, lottano per ottenere il riconoscimento del linguaggio dei segni, unico strumento possibile per comunicare e darsi dignità.

La **condizione delle bambine sorde**, in queste culture, è particolarmente penalizzante, in quanto femmine e per di più sorde.

In maggioranza relegate in casa, non hanno possibilità di accedere a scuole che potrebbero favorire l'autonomia e le capacità lavorative, possibilità che vengono in gran parte negate anche alle bambine udenti.



Bambino sordo
povero escluso dalla
scuola



Per le famiglie queste bambine sono un peso: anche a loro bisogna dare una dote per il matrimonio, realizzato sempre tramite accordi fra famiglie. Non è però semplice trovare marito a una figlia sorda.

In **India** la sordità è considerata la conseguenza di una mancanza di rispetto verso gli dei, che devono quindi essere risarciti dell'offesa e imboniti. Madan Vashishta, diventato sordo a undici anni dopo una febbre tifoidea, curato da un dottore con medicine occidentali, racconta nella sua autobiografia, con molta ironia, come zie, sorelle, vicini di casa tutti, gli stessero addosso e misurassero empiricamente la sua sordità dopo aver messo in atto mezzi casalinghi per farlo guarire, quali i suffumigi di latte bollente alle orecchie. La zia, molto credente, lo accusava di essere sordo perché aveva irriso le divinità; per riparare ciò quindi, lo portava da santi uomini della zona, i Sadus, che accettavano le offerte, gli segnavano la fronte con la cenere, che veniva anche messa in bocca e lo benedicevano. Madan studierà (apparteneva ad una famiglia ricca) andrà in America e diventerà professore alla Gallaudet University.

Queste credenze tradizionali sul senso e sulla cura della sordità, sono presenti soprattutto nelle aree rurali, nei villaggi dove vive la maggioranza della popolazione; anche quando le persone si rivolgono agli ospedali dove si pratica la medicina occidentale, raramente rinunciano alle cure tradizionali. Così, dopo una visita in ospedale, possono senza problemi andare direttamente al tempio per un rito con cui chiedere la protezione degli dei.

Gli immigrati che noi incontriamo qui sono portatori, magari silenti, (perché non avvertono uno spazio dove poter esprimere le loro rappresentazioni), di quelle credenze che permangono a fianco dell'incontro con la medicina occidentale, che appare loro dotata di poteri straordinari.

Anche nei paesi d'origine il medico ha una connotazione quasi divina, in quanto condivide con Dio il potere di agire sulla vita degli uomini; da noi l'intero apparato sanitario fa sperare in interventi medici magici, miracolistici, per i quali le persone affrontano anche grossi sacrifici.

Ho conosciuto un genitore pakistano che ha venduto la sua attività commerciale per venire in Italia con la famiglia, pensando di far recuperare l'udito al figlio adolescente grazie all'Impianto Cocleare, intervento che i medici non hanno poi ritenuto attuabile.

L'incontro con la medicina occidentale non cancella la loro visione tradizionale della malattia e quando hanno occasione di tornare nei paesi d'origine, riprendono i riti e le procedure tradizionali, mai abbandonate, perché fanno parte della loro visione del mondo, delle radici, da cui traggono il senso della propria esistenza.

I due diversi modi di interpretare la malattia coabitano nella mente e nel cuore della persona immigrata, che li utilizza entrambi senza problemi.

SECONDA PARTE: I SORDI NEL NOSTRO PAESE

Il piccolo gruppo di famiglie con cui abbiamo lavorato (a tutt'ora) sono provenienti per lo più da zone rurali del Pakistan e dell'India.

Il livello dell'istruzione è basso, soprattutto per le donne, semianalfabete. La religione è musulmana o hindi. Gli uomini sono in Italia da più tempo rispetto alle mogli; hanno un lavoro, alcuni nell'industria altri nell'agricoltura. Il livello di conoscenza della lingua italiana è elementare; fra le mogli la situazione è peggiore, una sola ha frequentato per un breve periodo una scuola di italiano.

Per quanto riguarda i figli sordi (3-8 anni) bisogna distinguere tra coloro che sono nati qui e quelli che sono arrivati con la mamma già in età scolare.

Molti dei bambini sordi che giungono in Italia non hanno ricevuto nei loro paesi cure adeguate e non sono stati educati né alla gestualità né all'oralismo. Per loro sarà quasi impossibile accedere alla comunicazione verbale.

Saad è un ragazzino pachistano di nove anni, sordo profondo a causa di una infezione perinatale; è arrivato da due anni circa in Italia con la sua famiglia.

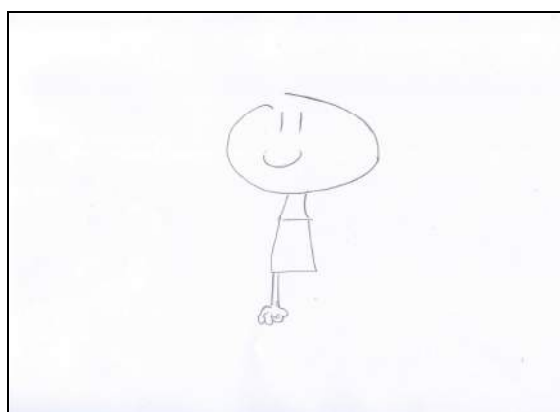
Quando lo accolgo nel mio studio con la presenza di una educatrice sorda segnante, all'inizio si mostra un po' intimidito ma poi sembra contento di aver trovato qualcuno che è lì solo per lui. Comunicare è molto difficile: ci arrangiamo con disegni, libri, mimo... Mancano le parole e i gesti. Saad sembra aver frequentato la scuola per sordi del suo paese. Ci fa capire che là lo picchiavano. Disegna l'aereo con cui è arrivato in Italia e poi

l'omino, lui (Diap. n. 1 e n. 2). E' una figura a metà, che possiede solo una gamba. Ci racconta, col mimo, di armi e fucili (ha visto la guerra?); ci mostra un cicatrice al piede, è stato investito da un trattore, mi dirà la mamma, e poi segni di ustioni sulla coscia e l'addome.

Mi sento impotente, arrabbiata e addolorata; la mia mente è piena di domande senza risposta . Cosa ha capito, come ha vissuto Saad la migrazione? Che spiegazioni ha ricevuto ? Come viveva nel suo villaggio? Mi ha mostrato tutta la sua sofferenza psichica attraverso le cicatrici del corpo ...



Diapositiva n. 1



Diapositiva n. 2

Ci sono poi anche bambini sordi stranieri che sono nati in Italia e possono avere un percorso rieducativo soddisfacente; il problema rimane però sempre quello di integrare la realtà nuova con la cultura delle proprie origini. Alcuni sviluppano una personalità compiacente per adattarsi all'ambiente fuori dalla famiglia e con ciò sembrano rinunciare alle loro radici.

Sukhpal ha 6 anni ed è figlio unico di una coppia dello Sri Lanka, in Italia da molti anni, con un buon lavoro. I genitori mantengono legami con la propria comunità nella città in cui vivono. Mentre li ascolto raccontare con un buon italiano e in forma molto ossequiosa la loro storia, mi chiedo dove sia nascosta la sofferenza per la migrazione, per l'abbandono della comunità d'origine e dei parenti. Nessun elemento di dolore trapela dal loro discorso.

Sukhpal si presenta come un bambino iperadattato, alla pari dei genitori. Non disturba in classe, segue l'educatore senza mostrare segni di resistenza, sempre sorridente e compiacente, come se la realtà scolastica nuova (ha cambiato da poco città e scuola) non avesse alcun impatto su di lui. Solo nel disegno libero appare il tema del viaggio. Nel cielo c'è un aereo (che ritorna?) e Sukhpal si disegna a braccia aperte come se lui stesso spiccasse il volo su quella scala che sembra riportarlo indietro, alle origini... (Diap. n. 3)



Diapositiva n. 3

Sukhpal vive anche lui la nostalgia delle proprie radici, come mamma e papà che pur hanno, in superficie, abbracciato usi e costumi italiani e lavorano come domestici fidati in una ricca casa della nostra zona.

Invitato a disegnare la sua famiglia (è figlio unico) rappresenta la famiglia allargata del paese d'origine, nonostante sia nato e cresciuto in Italia.

Le rappresentazioni culturali si trasmettono, così pure i vissuti relativi alla migrazione...

Tutti questi bambini costruiscono la propria identità sulla scissione, come ben ha mostrato la prof. Moro. La scissione è tra il mondo interno affettivo, quello della famiglia, legato alle origini e il mondo esterno, con codici simbolici estranei.

Nel lavoro che sto facendo, mi chiedo come possa vivere l'esperienza della migrazione, del ricongiungimento familiare, un bambino che, in quanto sordo non ha una

lingua condivisa, né può usufruire di una spiegazione su ciò che gli succede intorno, sugli abbandoni, sui cambiamenti, sugli incontri.

Mi chiedo: la sordità è un'aggravante che rende più traumatico il cambiamento o una protezione che attutisce l'impatto col nuovo mondo? Credo che l'emigrazione provochi molta confusione e molta sofferenza nella testa del bambino sordo, che non ha vie d'espressione se non primitive e corporee.

Nella mia esperienza questi bambini assumono a volte atteggiamenti di eccessivo adattamento, da falso Sé, più che avere reazioni eclatanti e più vitali, di opposizione e di aggressione verso un mondo in cui è molto difficile trovare una propria collocazione.

Riproducono lo stile dei genitori, che di solito assumono coi professionisti che si occupano dei loro figli, un atteggiamento di ossequiosa sottomissione, che può includere anche chiusura verso il nuovo, difficoltà a capire il punto di vista altrui.

Tendenzialmente gli interventi sui loro figli fuori dalla famiglia (penso al mondo della scuola e della sanità) passano e scivolano sulle loro teste senza che vi sia né comprensione né condivisione di compiti educativi, di terapie, di prospettive future.

Il figlio del sig. Shaid, adolescente, è appena arrivato in Italia con la mamma e le sorelle. Il papà dice che la sordità è comparsa dopo un episodio di febbre molto alta a 18 mesi d'età: il genitore si aspetta perciò un recupero dell'udito, in quanto il figlio è nato udente. Neppure per un attimo, mi dice, ha perso la speranza: suo figlio tornerà a sentire, grazie all'Impianto Cocleare di cui un conoscente gli ha parlato, e alle sure che i genitori recitano quotidianamente per questo. Inshalla...

Come si rapportano queste famiglie alla sordità dei loro bambini e ai rimedi proposti dalla medicina occidentale?

In generale tutti i genitori hanno un'aspettativa di tipo miracolistico: non comprendendo il funzionamento delle protesi o dell'Impianto Cocleare, si immaginano semplicemente che il bambino "guarisca", e non sia più sordo.

Durante una visita domiciliare nella famiglia di Abdullah mi informo delle condizioni di salute del bambino (3a) che ha appena iniziato a utilizzare le protesi e a frequentare la scuola materna. Il papà mi racconta, pur magnificando i progressi uditivi indotti dalla

protesi, che il bambino in questo periodo è sempre malaticcio perché la protesi gli ha toccato un nervo. Nello stesso incontro mi dice che il bambino non sta molto bene perché gli hanno fatto il malocchio: i complimenti eccessivi delle maestre della scuola hanno provocato l'invidia....

Elementi culturali tradizionali si mescolano con le novità introdotte dall'incontro con la medicina occidentale, vista in modo ambivalente: aiuta e danneggia al tempo stesso.

In queste famiglie ci sono atteggiamenti un po' diversi a secondo che la sordità abbia colpito il figlio maschio o la femmina. L'handicap nella figlia è forse più tollerato, anche se, fin dai primi incontri, emerge la preoccupazione per il matrimonio. Come far sposare una figlia sorda? Si attingerà alla famiglia allargata, a qualche cugino, o a un uomo che pure lui vive ai margini della società?

Il danno, quando è subito dal figlio maschio, magari l'unico maschio della famiglia, diventa una preoccupazione forte e costante, esternata dal genitore ad ogni nostro incontro.

Per i genitori c'è anche la preoccupazione del giudizio della famiglia allargata, dei parenti, dei vicini che sono rimasti nel paese d'origine e che quando vedranno il bambino possono dire "Cosa sei andato a fare all'estero? Tuo figlio è tanto bello ma non parla". Perciò i genitori si sentono esposti alla critica da parte del loro ambiente, in particolare dei nonni e degli zii, che magari non erano neppure d'accordo su terapie intrusive come l'Impianto Cocleare.

Per questi genitori il passaggio dall'attesa del miracolo alla consapevolezza che la terapia del bambino comporta il coinvolgimento della famiglia per un tempo anche molto lungo, si costruisce con lentezza e molta sofferenza.

Per tutti loro è un aiuto pensare alla sordità come qualcosa voluto da Dio: è come se ciò permettesse loro di sentirsi meno colpevolizzati.

Una mamma mi dice, mentre le facciamo visita in ospedale, dove la sua bambina è appena stata operata per l'impianto Cocleare, che è Dio che l'ha voluto. Dio ha fatto un orecchio della bambina chiuso, e l'altro un pò aperto... su quest'ultimo sono intervenuti i dottori che le hanno detto che fra un mese la bimba ci sentirà e parlerà... Era meglio se tutto ciò non

fosse avvenuto, ma la mamma spera che, proprio per la sofferenza causata dalla presenza della sordità, Dio non le mandi ulteriori disgrazie. C'è la concezione dell'handicap come di una specie di ombrello protettivo rispetto alla possibilità di essere colpiti da altre sventure.

La religione aiuta, porta sollievo e speranza.

Ho visto migliorare la situazione di una mamma brasiliana depressa con una figlia gravemente deficitaria, da quando questa donna ha potuto usufruire del sostegno di un gruppo di connazionali che ogni settimana si recano a casa sua per pregare, con le loro modalità che contengono elementi cristiani e tradizionali mescolati insieme.

Nelle preghiere vengono invocati il miglioramento e la guarigione della piccola. La mamma, posta con la bambina al centro del gruppo, esprime a voce alta la richiesta a Dio della guarigione della figlia, cui impone le mani. Tutti i presenti ripetono "Così sia" più volte.

TERZA PARTE: LE VISITE DOMICILIARI

Premessa

L'esperienza dell'Associazione Marcoli relativamente alle visite domiciliari presso famiglie straniere con bambini sordi, si colloca all'interno di quella ampia e variegata area di interventi di prevenzione del disagio psichico in famiglie a rischio, coi quali si cerca di radicare elementi protettivi capaci di mediare tra profili di vulnerabilità e processi evolutivi. In questo tipo di progetti, alcuni possono avere il loro focus sul bambino, a partire dal periodo della gravidanza fino all'accesso alla scuola; altri invece sono centrati sui genitori; altri ancora hanno come oggetto la cura delle relazioni.

I programmi danno importanza al trovare risorse sia all'interno della famiglia che in ciascuno dei singoli membri; sostengono la dignità e l'autorità delle famiglie e offrono loro opportunità di cambiamento e crescita; attribuiscono ai genitori capacità e risorse che pur devono essere evidenziate e potenziate.

I figli dei migranti sono vulnerabili, appartengono a un gruppo “ a rischio”. Essi crescono in una situazione transculturale costruita su una divisione, una separazione tra due mondi diversi, che a volte intrattengono relazioni conflittuali.
(Moro 2005)

Il sostegno alla genitorialità nelle famiglie straniere passa attraverso

-la prevenzione, che comincia dalla gravidanza , con l'aiuto alle mamme in difficoltà a pensare alla nascita del bebè, ad accoglierlo nonostante la solitudine sociale ed esistenziale in cui vivono

-la cura: siamo costretti a modificare le nostre tecniche di cura psicologica e la nostra teoria, per adattare alle nuove situazioni cliniche sempre più complesse, a modificare i nostri modi di fare ma anche i nostri modi di pensare.
(Réal. Moro 1998).

Frequentemente si utilizza, come strumento di intervento, la visita domiciliare, da parte di infermieri o psicoterapeuti o educatori, a secondo dell'impostazione teorica del progetto stesso.

Il lavoro di prevenzione del disagio psicologico in un'ottica psicoanalitica, è stato inizialmente sviluppato da Selma Fraiberg che ha elaborato un modello di intervento domiciliare sperimentato inizialmente su richiesta della Family Service Society di New Orleans nel 1960, e allargato successivamente a tutte quelle situazioni che possono comportare per il bambino un rischio di disadattamento psichico.

Questa metodologia di intervento, elaborata successivamente da Lieberman, Van Horn, Seligman e altri psicanalisti di San Francisco, si è rivelata estremamente utile con famiglie molto problematiche, per lo più riluttanti a chiedere e ad accettare interventi terapeutici.

La nostra esperienza passata

Negli anni passati sono stati sostenuti dall'Associazione Marcoli, secondo le finalità per cui l'Associazione è stata creata, interventi di prevenzione in un settore particolare di famiglie a rischio, quello di genitori sordi con figli che pure loro presentavano deficit, visivi o uditivi. Gli interventi sono stati volti a prevenire da una parte la trasmissione da una generazione all'altra di fantasmi di impotenza, deterioramento ed esclusione, e dall'altra l'instaurarsi di schemi disadattivi genitoriali tali da interferire negativamente con l'acquisizione da parte del bambino, di competenze affettive, cognitive e sociali adeguate e congruenti con uno sviluppo sano.

Il nostro lavoro ha fatto riferimento al modello dell'Infant Observation ed è stato adattato alle caratteristiche peculiari delle situazioni di queste famiglie; la presenza della terapeuta è stata intensa ma mai intrusiva; più che fornire uno stimolo interpretativo, la psicologa ha assunto su di sé non solo competenze progettuali ed operative, ma istanze elaborative degli affetti in campo, al fine di promuovere, nei componenti della famiglia, attraverso il vissuto di essere contenuti e capiti, la capacità di contenere il bambino (Fonagy).

L'incontro con le famiglie straniere

La presenza, sempre più numericamente consistente di lavoratori stranieri nella nostra provincia, ci ha costretto ad affrontare la complessa situazione di quelle famiglie che risultano doppiamente penalizzate: dal trauma della migrazione e dalla presenza, al

Le finalità delle visite domiciliari

- osservare genitori e figli, sordi e udenti nella loro interazione
- favorire un utilizzo migliore della nostra possibilità di cura della sordità infantile
- facilitare e sostenere il rapporto tra le famiglie e coloro che si prendono cura dei bambini (Istituzioni Sanitarie ed Educative)
- aumentare la capacità dei genitori di rapportarsi al mondo in cui si trovano
- offrire uno spazio dove l'altro si possa presentare con la sua identità culturale.

Condizioni essenziali per l'intervento

- utilizzo del mediatore culturale appartenente alla etnia della famiglia, per ogni contatto domiciliare ed extra
- conseguente uso della lingua d'origine della famiglia, quale strumento fondamentale per entrare in comunicazione, specie con le mamme che non parlano italiano
- formazione specifica dell'operatore all'osservazione del neonato nel suo contesto ambientale e alla dimensione transculturale
- analisi del proprio controtransfert emotivo e culturale, col possibile supporto di una supervisione o di un gruppo di riferimento.

proprio interno, di una situazione deficitaria.

Come riferito precedentemente, ci sono state segnalate dai medici di Audiofoniatria Infantile, alcune famiglie straniere in situazioni di particolare difficoltà, sia per quanto riguarda l'aspetto socio-economico che la capacità di cura della sordità del loro bambino.

Si è concordato con queste famiglie che sarebbero state seguite a domicilio, per un periodo prefissato, dalla psicologa e dalla mediatrice culturale che operano nell'Associazione Marcoli; i genitori così sarebbero stati affiancati nella cura dei bambini sordi e si sarebbero facilitati gli scambi comunicativi fra le famiglie e le istituzioni sanitarie ed educative.

Abbiamo faticato ad entrare in contatto con un mondo diverso dal nostro, con pratiche di accudimento dei bambini a volte anche molto distanti dalle nostre. Ciò ha significato lavorare molto anche sulle emozioni di sorpresa, perplessità, rifiuto o, all'opposto, di fascinazione ed idealizzazione che l'incontro con chi è diverso suscita in noi.

L'incontro con le famiglie ha richiesto l'uso costante del mediatore culturale per garantire una comunicazione facile tra le persone, permettere un avvicinamento rispettoso a rappresentazioni culturali a noi estranee, e fare in modo che attraverso l'uso della lingua materna possano passare le emozioni, gli affetti, il dolore che ogni vicenda migratoria comporta.

Durante le visite domiciliari abbiamo potuto osservare le interazioni globali della famiglia, nelle sue articolazioni tra i coniugi, tra genitori e figli, tra la famiglia qui e la famiglia allargata nel paese d'origine. Abbiamo trovato conferma di studi precedenti (Stork 1986, Moro e Rèal 1998) sulle modalità diverse, rispetto alle nostre, con cui la coppia madre-bambino si mette in rapporto e comunica. Nelle società tradizionali, in cui l'individuo è in funzione del gruppo, non esiste l'atteggiamento, da noi invece usuale, di rivolgersi con assiduità al bambino e di stimolarlo verbalmente, per favorire ed accrescere le sue competenze cognitive e sociali. Nella nostra società individualista e competitiva, il piccolo, fin dalla più tenera età, è spinto alla individuazione e alla separazione, perciò all'acquisizione, il più precocemente possibile, di strumenti per imparare, capire il mondo circostante ed esibire le proprie competenze.

La nostra logica "scientifica" ci porta inoltre a pensare che si possano e si debbano cancellare quelle "anormalità" che la natura distribuisce fra i bambini che nascono.

Risultati

- si sta creando un rapporto di fiducia che andrà verificato nel tempo
- le famiglie forse si sentono un pò meno frammentate, oggetto di interventi di servizi diversi che non comunicano tra loro
- nella nostra presenza avvertono interesse e rispetto per la loro cultura
- si sono forse create le premesse per un rapporto dove in futuro potranno passare contenuti pedagogici, maggiore consapevolezza e coinvolgimento nella cura della sordità del bambino

Tale atteggiamento comporta spesso intolleranza verso la diversità, al di là dei programmi di rieducazione, spesso molto efficienti, messi in campo per i bambini deficitari.

Nelle società dette tradizionali, il rapporto tra mamma e bambino passa più attraverso la ricchezza dei contatti tattili che degli scambi verbali. Le cure per i bambini sono ritualizzate e coinvolgono il gruppo familiare. Si insegna al bambino il rispetto per l'adulto: è piuttosto nel gruppo dei coetanei che il piccolo comunica e si confronta.

Con la mediazione dell'elemento religioso, in queste società l'handicap viene, se non accettato, maggiormente tollerato rispetto a noi: si cerca di dare un senso alla diversità, non si mira a cambiare il bambino, a correggere il suo handicap, ma piuttosto a modificare, riorganizzare l'atteggiamento del gruppo verso il piccolo.

Nel gruppo di famiglie seguite, l'atteggiamento dei genitori verso la terapia della sordità dei loro bambini, proposta dalle logopediste, non è stato molto attivo. Là dove il genitore occidentale ripete a casa gli esercizi fatti in rieducazione ortofonica dal piccolo, le nostre famiglie straniere sembrano aspettare un cambiamento del figlio ad opera di fattori esterni a loro. In compenso i bambini appaiono più accettati e sereni dei nostri!

Con le visite domiciliari forse sono aumentate le capacità dei genitori di rapportarsi al mondo in cui si trovano, in modo particolare con le istituzioni sanitarie ed educative che si prendono cura dei loro bambini. Le famiglie si sentono meno disperse e frammentate dai vari servizi che si occupano di loro.

È comunque necessaria una maggiore formazione del personale socio-educativo e sanitario riguardo alle problematiche della migrazione, affinché ci sia un'accoglienza migliore dei figli di seconda generazione ed un'alleanza costruttiva con i genitori.

Le richieste che vengono fatte agli operatori dell'Associazione riguardano spesso bisogni concreti, immediati (parlare col padrone di casa che vuole sfrattarli, trovare un lavoro al congiunto appena arrivato in Italia); a volte esprimono speranze impossibili da realizzare (far recuperare al bambino l'udito perso).

Crediamo che si siano comunque create le premesse per un rapporto dove in futuro potranno passare contenuti più simbolici e una maggiore consapevolezza e coinvolgimento nella cura della sordità dei bambini.

Voglio chiudere la mia relazione con una vignetta indicativa degli esiti del nostro lavoro.

Ovunque il neonato è fonte di gioia



Genitori e famiglie diverse, identici bisogni della crescita

La mamma di G. proviene da una zona dell'India con clima tropicale. Ricorda il freddo che l'ha presa appena scesa dall'aereo a Milano, segno non solo di un cambio climatico, ma di un profondo sconvolgimento culturale.

Quando ci accoglie in casa sua le persiane sono perennemente abbassate: la luce elettrica è accesa nella stanza anche in pieno giorno.

Io e la mediatrice culturale facciamo qualche ipotesi: la signora vuole proteggere il sonno del piccolino? Pensa di risparmiare sul riscaldamento? La signora, richiesta esplicitamente sull'argomento, risponde che si vuol difendere dal freddo che viene da fuori.

Le persiane vengono alzate solo a primavera inoltrata, quando il caldo inizia a farsi sentire. Trascorsa l'estate, nebbia e freddo ricompaiono nella zona; in ottobre, quando riprendiamo il lavoro, in una giornata piovosa, la mediatrice culturale ed io ci chiediamo se avremmo trovato le finestre di casa di nuovo chiuse... le persiane invece, questa volta, non erano state abbassate e così rimasero per l'intero l'inverno!

Mi piace pensare che per questa mamma il mondo esterno, freddo ed estraneo, sia cominciato a diventare più familiare, meno persecutorio, grazie anche al nostro intervento.

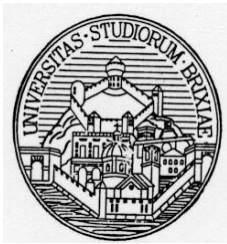
Abbiamo infatti faticosamente costruito insieme a lei un rapporto di rispetto e di scambio e questo le ha consentito di essere più aperta e fiduciosa anche verso la realtà esterna.

** Psicologa psicoterapeuta socio Ψ BA Responsabile scientifico Ass. Mons. G. Marcoli*

Foto tratte da "Buddhas in Disguise" di I. Taylor e da "Bebè del mondo" di B. Fontanel, C. D'Hartcourt

**BAMBINI STRANIERI SORDI NELLA PROVINCIA DI BRESCIA:
PREVENZIONE, DIAGNOSI, TERAPIA**

*Dott.ssa Grazia Barezzani **



Il trauma della migrazione e i bisogni della crescita.
Piccoli sordi in terra straniera
Università Cattolica, Brescia

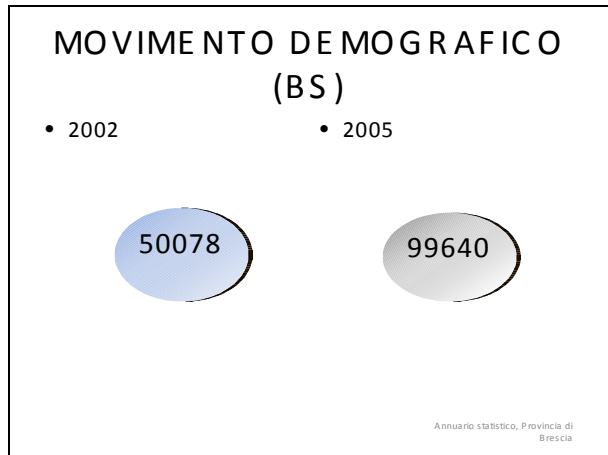
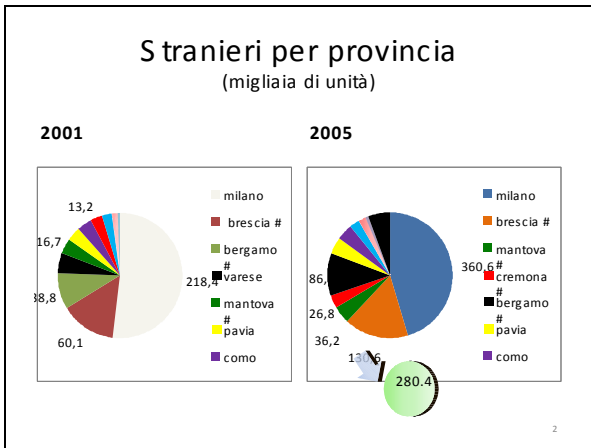


Bambini con sordità e bilinguismo: aspetti clinici e riabilitativi

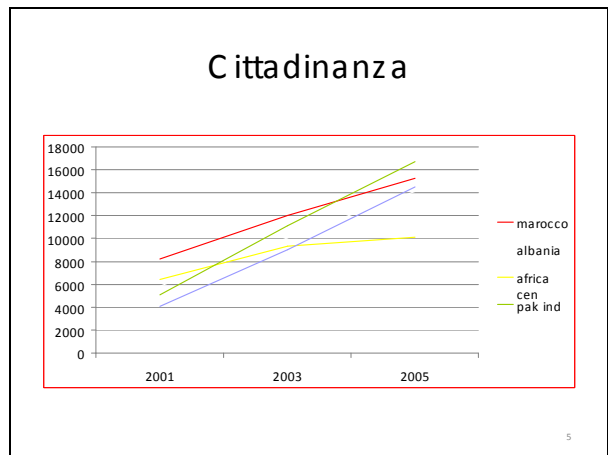
Dr. N.Nassif, Dr.ssa M.G.Barezzani

Otolaryngology Department, University of Brescia (Italy); Service of Pediatric Audiophoniatria,
Ospedale dei Bambini di Brescia

* *Specialista in ORL e Foniatria ASL Brescia*



In 5 anni la provincia di Brescia ha accresciuto del 117 % il numero delle presenze immigrate sul proprio territorio



Brescia

Brescia, one of the most industrialized cities in the north, showed a high rate of immigration during the last decade from developing countries.

This has led to a growth of the pediatric population seeking help for hearing difficulties.

Number of regular immigrants in Italy on January 1, 2006: 2.670.514 Istat (4.5% population)
 Albania > Marocco > Romania > Ucraina > China

POPOLAZIONE BRESCIA 31/12/2005

STRANIERA : 16,5%

DATO ISTAT - 4,5% (ITALIA)

7

CONDIZIONE

- In Italia, tutti i bambini qualsiasi sia la loro nazionalità, hanno diritto di accesso al SSN e possono usufruire dei presidi rimediativi come IC, PR, FM
- Possono anche beneficiare delle norme legislative riguardanti l'invalidità e le indennità di comunicazione, frequenza, accompagnamento, sordomutismo.
- L'unico requisito è che siano residenti nel suolo nazionale e abbiano un CF

8

Children DEAFNESS (1998-2008)

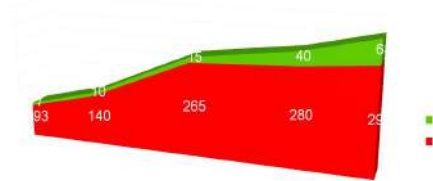
367

HA vs IC



9

N. Children Deafness



10

Children deafness Brescia (1998-2008)

- 367 children with H.
- 68 foreign (18%)



11

Grado di perdita uditiva



SORDITA' INFANTILE

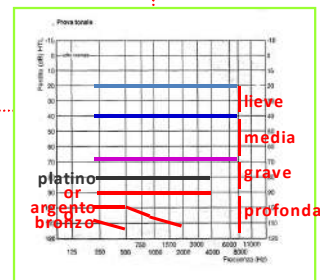
SORDITA' PRE-VERBALE: insorta entro il primo anno di età (prima del del processo di acquisizione del linguaggio)

SORDITA' PERI-VERBALE: insorta tra 1 e 3 anni (il b. apprende la struttura sintattico-grammaticale minima propria del linguaggio dell'adulto)

SORDITA' POST-VERBALE: insorta dopo i 3 anni
prima infanzia: 3-7 anni: abilità linguistiche non consolidate
seconda infanzia: 7-18 anni: abilità linguistiche consolidate

Le conseguenze della sordità sullo sviluppo del linguaggio dipendono da:

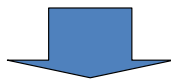
- età di insorgenza della sordità
- entità della sordità



INCIDENZA SORDITA' INFANTILI

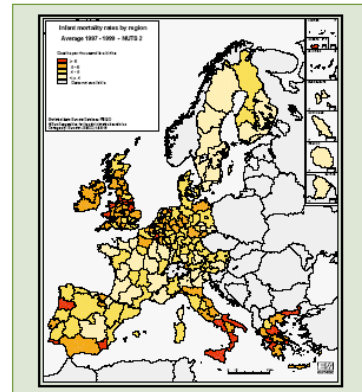
- In Italia (ISTAT 1999-2000)

Su 57.000.000 cittadini
(natalità 10 x 1000 e
mortalità infantile 6 x 1000)



- 200 nuovi nati/anno con sordità profonda
- + sordità profonde in età prescolare → 1000/anno
- + sordità profonde in età scolare → 2500-3000/anno

S1.3 Infant mortality ratios by region, 1997-99

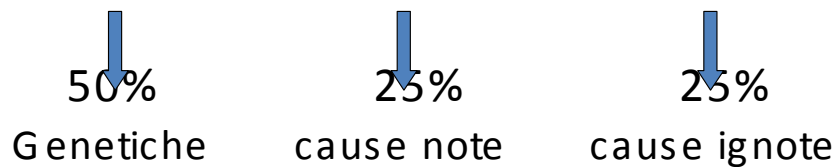


SORDITA' INFANTILI

- Sordità profonde congenite (? 90 dB)



0.5-1 su 1000 nuovi nati /anno



SORDITA' INFANTILI

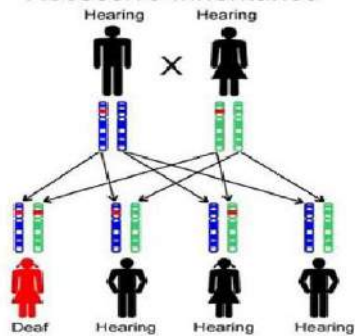
CONGENITE	PERINATALI	ACQUISITE
<p>1. GENETICHE ± anomalie au esterno e medio</p> <p>a. presenti alla nascita</p> <p>Klippel-Feil</p> <p>Turner Usher</p> <p>Fanconi Pendred</p> <p>Waardenburg</p> <p>b. a sviluppo tardivo</p> <p>Alport Refsum</p> <p>Cogan Jervell</p>	<p>Traumi da parto</p> <p>Ipossia</p> <p>Parto pretermine</p> <p>Basso peso alla nascita</p> <p>Iperbilirubinemia</p> <p>Otiti medie</p> <p>Traumi</p> <p>Rabdomiosarcoma; angiomi</p> <p>Cocleo-labirintiti virali</p>	<p>Cocleo-labirintiti virali</p> <p>Parotite Influenza</p> <p>Morbillo Varicella</p> <p>Meningite</p> <p>Dismetabolismi</p> <p>Vaccinazioni</p> <p>Farmaci</p> <p>S. di Reye (ASA)</p> <p>Traumi</p> <p>Sordità non organiche</p>
		<p>Otiti medie</p> <p>Disturbi predisponenti fibrosi cistica; s. di Young</p> <p>palatoschisi</p> <p>immunodeficienza congenita</p>
<p>3. miscellanea</p> <p>displasia fibrosa</p>	<p>miscellanea</p> <p>Mucopolisaccaridosi</p>	<p>miscellanea</p> <p>colesteatoma , istiocitosi</p>

CONSANGUINEITA'

17

Sordità a trasmissione autosomica recessiva: A.R.

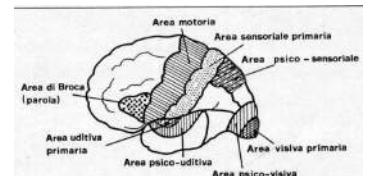
Recessive Inheritance



SORDITA' PROFONDA INFANTILE

IMPLICAZIONI

- Mancato sviluppo aree corticali uditive
- Difetto di apprendimento
- **Difetto di sviluppo del linguaggio**
- Difetto di elaborazione del pensiero
- Disturbi cognitivi



SVILUPPO DEL LINGUAGGIO

- Periodo critico: 0-2 anni



- Pre-requisito: integrità sensoriale (udito)



- Conseguenza: specializzazione aree corticali

IMPORTANZA DIAGNOSI PRECOCE

- SFRUTTARE LA PLASTICITA' CEREBRALE
- IMMERGERE IL BAMBINO IN UN MONDO SONORO
- CREARE PRECOCEMENTE UN CODICE INFORMATIVO
- ATTIVARE ORGANI FONO-ARTICOLATORI
- PERMETTERE APPRENDIMENTO "ACCIDENTALE"

Screening neonatale



Terapie intensive neonatali



Universale

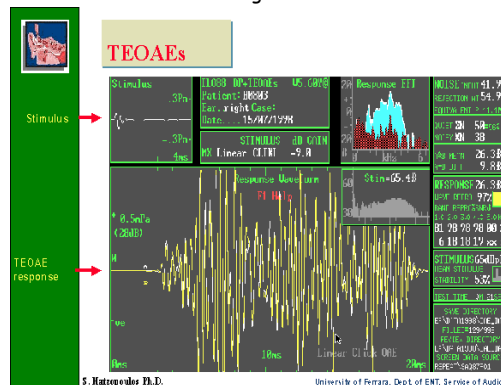


Emissioni otoacustiche

Registrazione dei suoni emessi dalle cellule ciliate esterne

1. Spontaneamente

2. a seguito di stimolo acustico



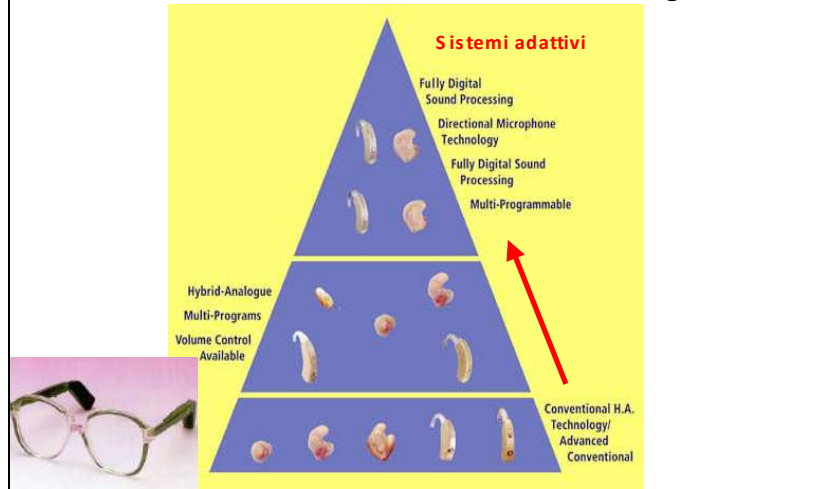
PROTESIZZAZIONE ACUSTICA INFANTILE

- Procedura molto complessa
- Fa parte di un complesso programma **abilitativo/riabilitativo**
- Richiede un intervento **multidisciplinare**
 - OGL/Audiologo
 - Audioprotesista
 - Audiometrista
 - Logopedista
 - Pediatra
 - Neuropsichiatra infantile
 - ...
- Procedimento **dinamico multi-step**
 - 1. Diagnosi/Counseling
 - 2. Applicazione protesica
 - 3. Valutazione dei risultati



SORDITA' MODERATE

3. Protesi acustiche: evoluzione tecnologica



PROTESI ACUSTICA



Processore "FREEDOM" a scatola

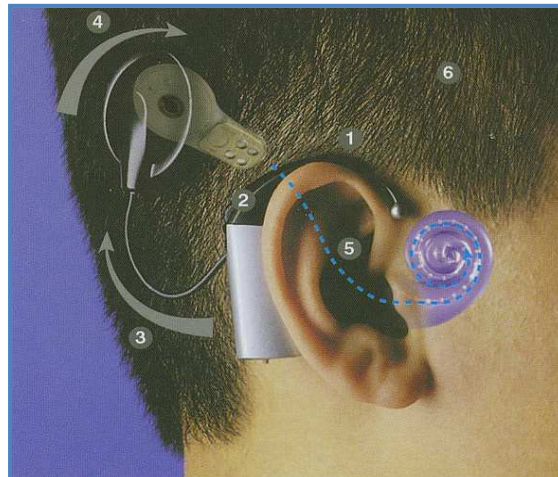
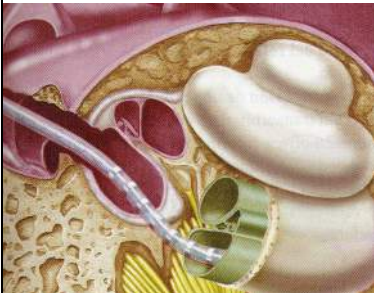


CHE COSA E' UN IMPIANTO COCLEARE

è un sistema elettronico parzialmente impiantabile, che stimola direttamente il nervo acustico

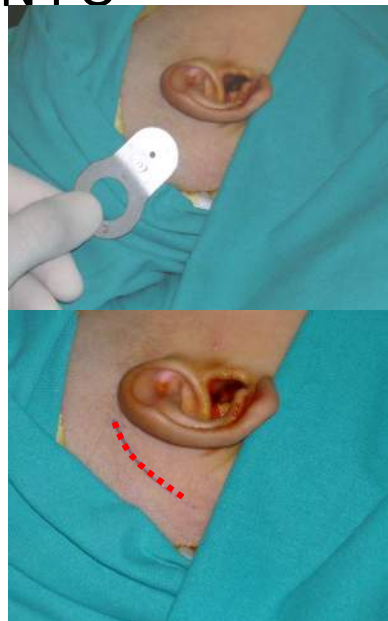


elettrodo inserito all'interno della coclea

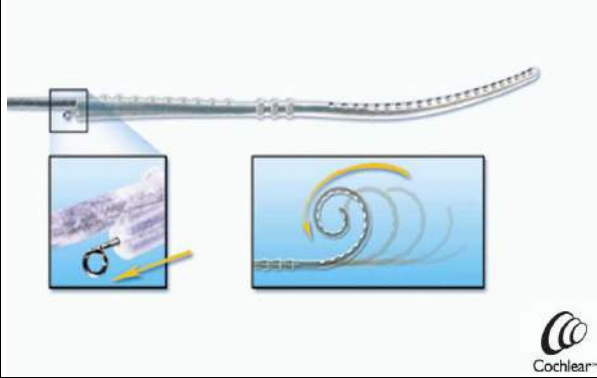


L'INTERVENTO

- ✓ Anestesia generale
- ✓ Durata: 1h-1½h
- ✓ Degenza media: 48h
- ✓ Preparazione esami → ambulatoriale
- ✓ Rasatura minima retroauricolare
- ✓ Bambini: sutura riassorbibile



AVVOLGIMENTO AL MODIOLO

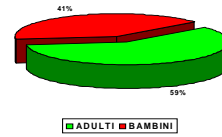


IMPIANTO COCLEARE

Casistica nel mondo

~ 68.000 pazienti

1° impianto: 1972 Los Angeles



In Italia:
2050 impianti

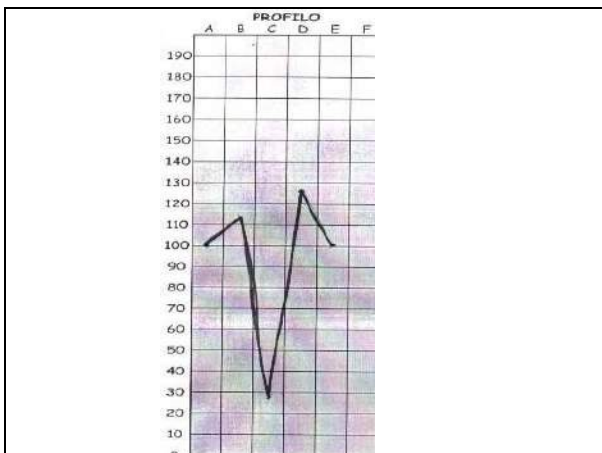
Protocollo di valutazione

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Valutazione Logopedica Visita Neuropsichiatrica Infantile
Test Cognitivi – (Scale Leiter-Griffith A 6-12-24-36 Post Operatorio) Valutazione psicologica <ul style="list-style-type: none"> -integrazione sociale -capacità comunicative -disponibilità della famiglia | <ul style="list-style-type: none"> Valutazione Audiologica Esami ematochimici Valutazione genetica con ricerca mutazione CX26 TC Rocche RM Encefalo-Rocche (infezione congenita: iperintensità in T2 e ipointensità in T1 senza m.d.c.) |
|---|--|

Scale di valutazione per età

Fino a 2 anni	Griffith
2-3 anni	Griffith (Leiter)
3-4 anni	Griffith Leiter Wpsi
4-5 anni	Griffith Leiter Wpsi
5-6 anni	(Griffith) Leiter Wpsi
Dai 6 anni	Leiter Wisch-R

Insufficienza mentale se $QI < o = 70$



valutazione psicologica

- ACCETTAZIONE DELL'HANDICAP;
- MOTIVAZIONE ALL'INTERVENTO;
- ASPETTATIVE E TIMORI;
- CARATTERISTICHE DELLA FAMIGLIA E RELAZIONI FAMILIARI.

IL BAMBINO PRIMA DEI TRE ANNI.

- *in questo primo periodo di vita, la famiglia diviene la protagonista della decisione,*
- *gli incontri con la famiglia divengono di primaria importanza,*
- *il bambino verrebbe visto in presenza della madre e si attuerebbero strategie per dedurre dall'osservazione clinica elementi psicologici che permettano di prevedere la qualità delle risposte all'intervento....*

IL BAMBINO DAI 3 AI 10 ANNI

Gli incontri con la famiglia possono divenire almeno due, a seconda dell'esigenza:

- *un incontro in presenza del bambino*
- *un incontro solo con i genitori per rilevare tramite una anamnesi psicologica e un approfondito colloquio:*
 - ❖ *i vissuti nei confronti del bambino e del suo problema*
 - ❖ *accettazione del problema e capacità di "care giver"*
 - ❖ *aspettative e paure nei confronti dell'intervento*
 - ❖ *la qualità della motivazione all'intervento;*
 - ❖ *processi consci e inconsci*

IL BAMBINO DAI 3 AI 10 ANNI

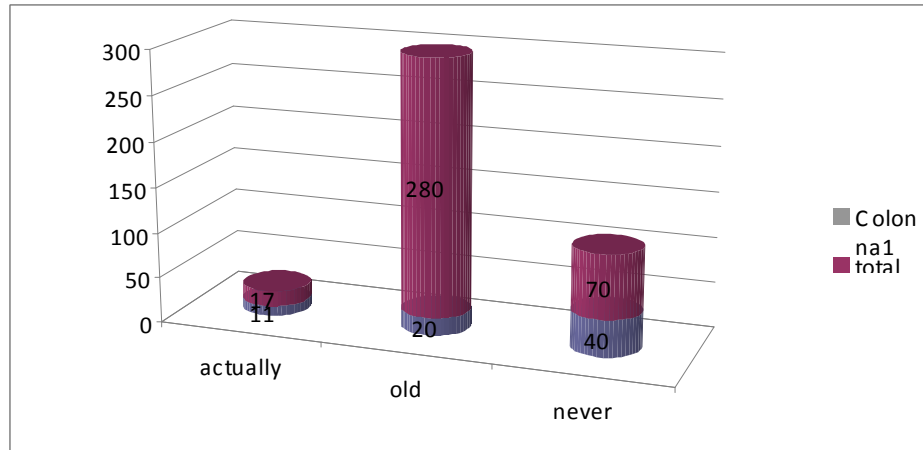
Uno o due incontri vengono dedicati solo al bambino per verificare:

- ❖ *il suo equilibrio emotivo,*
- ❖ *la sua capacita' di accettare le novita' e di adattarsi a situazioni nuove,*
- ❖ *il desiderio di comunicare verbalmente,*
- ❖ *la capacita' di attenzione prolungata,*
- ❖ *la motivazione all'intervento (relativamente all'eta').*

Gli incontri con la famiglia verranno programmati secondo necessità per affrontare:

- *l'ansia e frustrazione che segue la diagnosi di sordità,*
- *il percorso di adattamento alla protesi e la gestione del piccolo,*
- *la proposta dell'impianto con tutto il corollario di sogni, aspettative, paure e timori in un quadro di realtà*

REABILITATION



41

OSTACOLI

COMUNICAZIONE TRA OPERATORI E FAMILIARI DEI PAZIENTI.

FIDUCIA DELLA FAMIGLIA

SCARSA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA

MEDIATORE CULTURALE

SVANTAGGIATI ECONOMICAMENTE E CULTURALMENTE

COSTUMI E VALORI DIVERSI

42

IMPEGNO

- SPIEGAZIONI SEMPLIFICATE RIPETUTE
- ACCOMPAGNAMENTO PROCEDURE BUROCRATICHE E PROTOCOLLI TERAPEUTICI
- INTERVENTO DEI SERVIZI SOCIALI PER AIUTI DI VARIO TIPO, ACCOMPAGNATORE, EDUCATORE DOMICILIARE
- INVESTIMENTO NOTEVOLE DI RISORSE ED ENERGIE, CHE SI INTENSIFICA NELL'ITER PER L'IMPIANTO COCLEARE

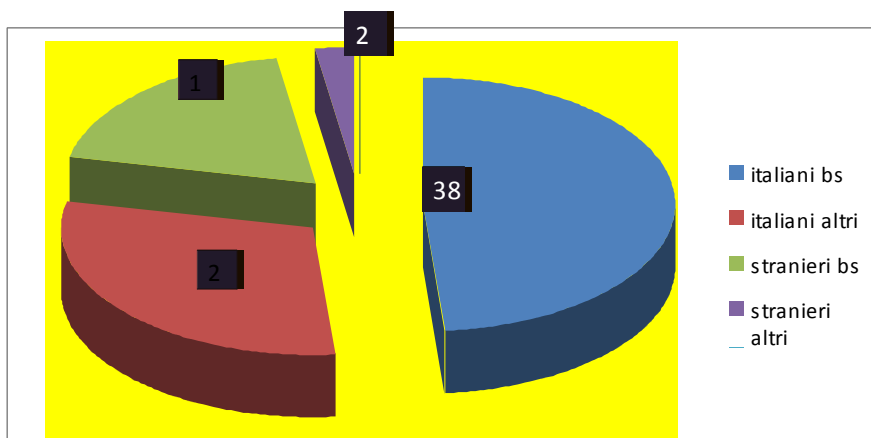
43

Cochlear Implant Program

- started in 2002 at the Brescia University Hospital.
- 56 adults (20 m., 20 f., age 16-80 ys)
and 49 children (11 mo.-13 ys) were implanted

44

78 IMPIANTI COCLEARI

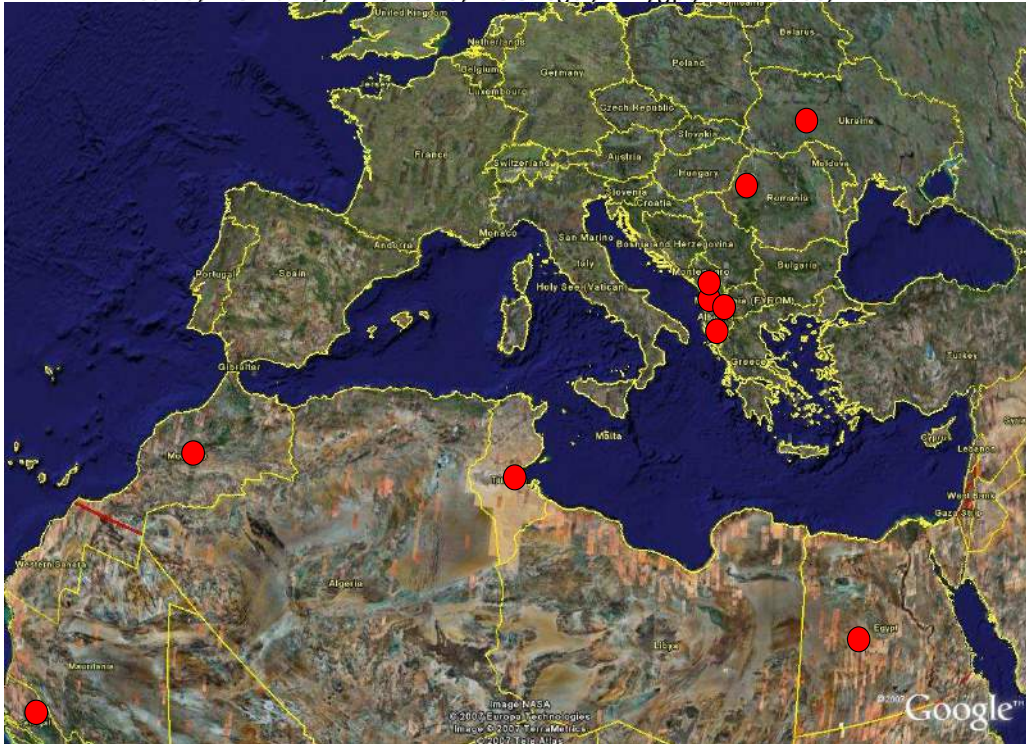


45

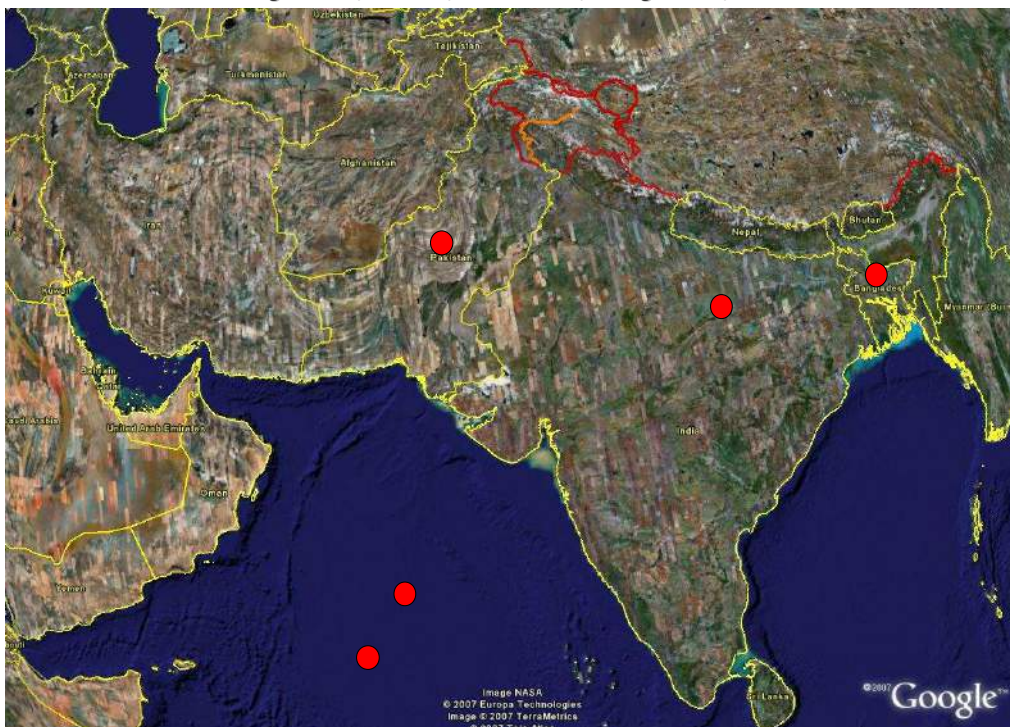
15/49 (30%) Children belong to non-native families



4 Albania, 1 Ukraine, 1 Romania, 1 Senegal, 1 Egypt, 1 Morocco, 1 Tunisia



2 Bangladesh, 1 India, 1 Pakistan, 1 Argentina, 1 Brasil



LANGUAGE

- Urdu
- Panjabi
- Indi
- Albanese
- Rumeno
- Swaili
- Arabo
- Spagnolo
- Portoghese
- russo



49

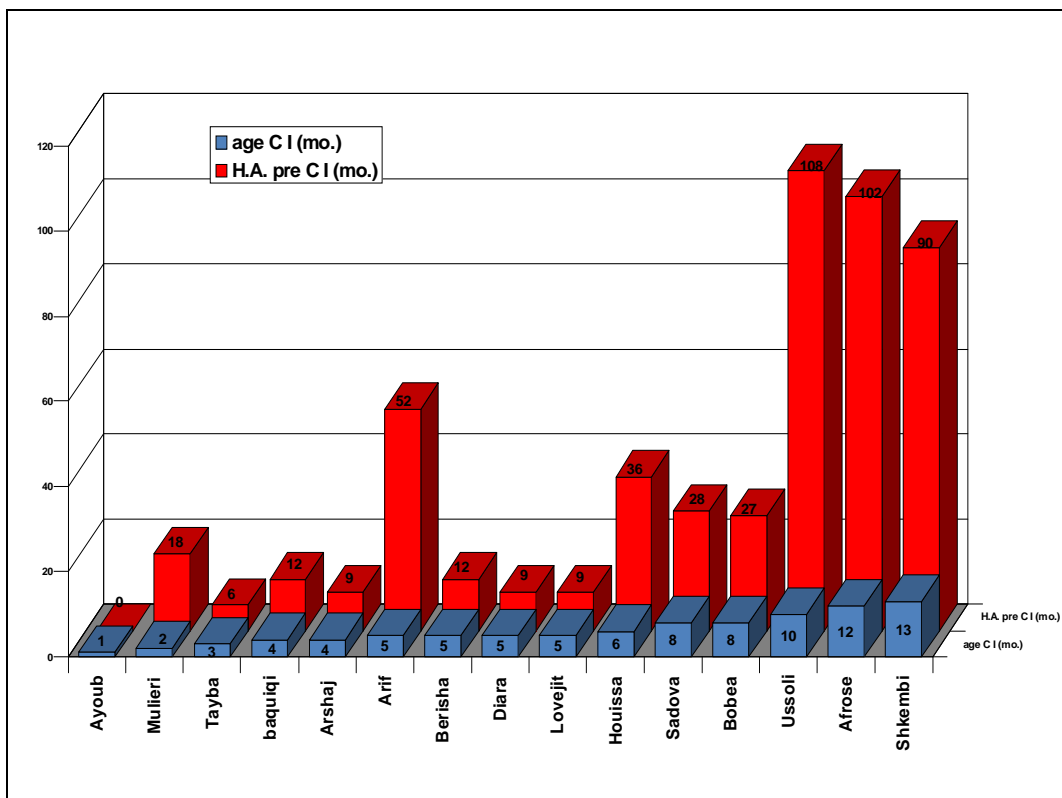
Language Background

- Not all parents are competent in Italian language (13/15 parents)-(9/30 person)-(3 women/6 men)
- All children are exposed to more than one language with varying degrees
- Phonetic and semantic similarities between Italian and mother languages are variable

50

Cases

Pateint	Name	I.C. age	Nationality	Ethiology	I.Q.	Pre I.C. H.A. (months)
1	Ayoub	11 months	Marocco	Meningitis		0
2	Mulieri	2	Argentina	CMV	94	18
3	Tayba E.	3	Bangladeh	hereditary	101	6
4	Baquiqi	4	Albania	Peri-natal	94	12
5	Arshaj	4	Albania	Idiopathic	82	9
6	Lovejit	5	India	Idiopathic	90	52
7	Diara	5	Senegal	Idiopathic	81	12
8	Berisha B.	5	Albania	Idiopathic	75	9
9	Arif U.K.	5	Pakistan	hereditary	108	9
10	Houissa	6	Tunisia	Idiopathic	91	36
11	Bobea A.	8	Romania	CX26	80	28
12	Sadova	8	Ukraine	CX26	87	27
13	Ussoli	10	Brasil	Robiola	88	108

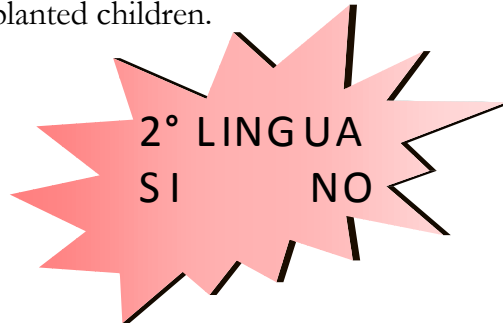


Monolingual Vs Bilingual & Rehabilitation Strategy

Second language learning viewed with scepticism

- Interfere with the acquisition of the first language
- Language impairment.

Since this is the case in normal hearing children, educators are reluctant to recommend bilingual environment in cochlear implanted children.



53

REQUISITI

- PRECOCITA' DELLA DIAGNOSI E PROTESIZZAZIONE
- BUON FUNZIONAMENTO DELL'IMPIANTO COCLEARE E FITTING DELLA PROTESI CONTROLATERALE
- BUONA COLLABORAZIONE FAMILIARE
- RIEDUCAZIONE LOGOPEDICA INTENSIVA E COSTANTE
- PUNTUALITA' NELL'ESECUZIONE DEGLI ESERCIZI A DOMICILIO E CURA DEL MATERIALE DIDATTICO
- IDONEA STIMOLAZIONE AMBIENTALE

54

OSSERVAZIONI sui BAMBINI STRANIERI

- Risultati inferiori rispetto alla popolazione infantile ipoacusici monolingua.
- Tempi più lunghi nell'apprendimento del linguaggio (struttura corretta della frase)
- Rendimento fluttuante (assenze)
- Scarsa memoria verbale
- Persistenza del modello linguistico familiare
- Follow-up a lungo termine (risultati più significativi dopo 18 mesi dell' I.C.).

55

OSSERVAZIONI

- Il bilinguismo non è una controindicazione all'impianto cocleare:
 - Integrazione sociale della famiglia
 - Capacità comunicative della famiglia e il bambino
- Maggior impegno nei bambini provenienti dal medio oriente e nord Africa.

56

CONCLUSIONI

GENITORI

stimolati a parlare con il figlio con la loro lingua madre.

57

CONCLUSIONI

RISCHIO DI IMPOVERIMENTO DEL LINGUAGGIO

Rischio di trasmettere modello non adeguato (grammatica, vocabolario, prosodia, intonazione....)

58

Tra due mondi

I Migranti, i Paesi e le Istituzioni

FAMIGLIE STRANIERE E ISTITUZIONI

Tra due mondi: i migranti, i paese, le istituzioni

*Dott.ssa Gemma Pompei **

Le migrazioni allontanano gli individui dal mondo delle origini, dalla familiarità degli ambienti di vita, da un certo spettro di colori, di suoni, di ritmi quotidiani.

I legami che nutrivano l'identità personale e sociale si sciolgono dalla concretezza della prossimità e si avviano nella dissolvenza della separazione.

Non c'è il mondo globalizzato che ospita virtualmente tutti; c'è un mondo molto particolare che, indicando l'indigeno e lo straniero, rivela l'inesistenza dell'uomo universale, della fraternità universale, della medicina universale.

I percorsi della migrazione concorrono alla fragilità identitaria amputando ascendenze fisiche e culture autoctone, sollecitando la dedifferenziazione per massificazione.

Lo straniero immigrato rischia di essere trattato come extra comunitario in senso letterale e non istituzionale e dunque come infraumano.

L'estraneità spazio temporale del nuovo mondo accogliente, ha subdoli aspetti trascuranti ed intrusivi: chi è avviluppato in questa atmosfera sente l'assenza comunitaria.

Il recupero di Sé è assaporato all'indietro, ripristinando, col ricordo, sensi e sapori originari.

Ma se il migrante, si ferma a guardare indietro, rischia, come la moglie di Lott, di perdere l'accoglienza nel nuovo paese e rimane, immobile statua di sale, sulla via d'accesso resa invalicabile.

Ogni soglia è attraversata da due movimenti, uno di spinta all'esplorazione e uno di ritorno alla base. Si presenta così ad ogni uomo che la attraversa, come all'epoca dei suoi primi passi, quando, bambino, ha cominciato a camminare da solo e ad allontanarsi verso nuovi territori con sorprendente creatività.

L'interazione tra l'individuo e l'ambiente modifica entrambi in un reciproco adattamento equilibratore.

Il contatto s'instaura con la sensorialità, la percezione, la motricità, la memoria.

Le informazioni ricevute si elaborano in performance comunicative e culturali.

Identità e Linguaggio

Le migrazioni sottraggono agli individui il sostegno del proprio mondo; conducono in altri contesti relazionali, istituzionali.. che si presentano nella loro differenza.

L'Identità etnica non è qualcosa di fisso e immutabile :la partecipazione a più culture è vissuta e negoziata parallelamente alla crescita personale, familiare, comunitaria del migrante e dell'ospitante.

Non esiste infatti l'uomo universale e non esiste una medicina universale, una psicologia universale...

Esistono coabitazioni, compartecipazioni, integrazioni.

Costringere i diversi linguaggi ad omologarsi può creare fraintendimenti

Livelli d'accoglienza

Lungo i percorsi della migrazione si declinano fragilità identitarie per amputazione delle ascendenze e delle originarie caratteristiche culturali.

Un'accoglienza ospitante difettuale guarda al migrante desoggettivandolo, dedifferenziandolo, desocializzandolo.

Il fenomeno dell'immigrazione viene affrontato in termini di ingegneria sociale: come definirla, monitorarla, integrarla alle istituzioni della società ospitante, ai suoi obiettivi..

Meno studiato è il suo sviluppo endogeno.

Occorre interrogarsi sui meccanismi di formazione e riproduzione delle disuguaglianze sociali e sulle politiche istituzionali idonee ad affrontarle

Doppio rischio e terza opzione

L'attrazione al ritorno e la spinta all'esplorazione coesistono, solidali, fin dall'epoca dei primi passi dell'uomo.

I codici di comportamento, in ogni caso, si apprendono nell'interazione interpersonale.

Le istituzioni, progettate dall'uomo, impacciate dalla loro stanzialità, devono poter essere una "base sicura" per residenti e migranti: riqualificare l'integrazione significa offrire disponibilità di spazi sociali, catalizzatori di strategie di inclusione (es. le scuole) e spazi d'espressione libera

L'affermazione della logica dell'aut aut (l'altrove non può essere portato qui!) è un modello infraumano, risponde alla logica di difesa contro l'integrazione, la pluriappartenenza, la combinazione delle appartenenze.

La cultura crea il senso del mondo, della natura e della persona; è strumento di comunicazione e costruisce la parola.

Per questo la cultura e la parola sono nelle fondamenta della vita psichica.

Se teniamo conto di ciò, possiamo realmente capire il senso di scardinamento che proviene dalla minaccia alla propria cultura, dalla decontestualizzazione del senso dei propri comportamenti.

Se ricordiamo che è stato dato il nome di "invasioni barbariche" alle migrazioni di popoli nell'impero romano, noi, che a quella metafora siamo stati educati, abbiamo un atavico condizionamento che agita le nostre menti ed erige barriere contro chi arriva da altri luoghi, con altre abitudini ed altre forme societarie.

La nostra identità personale è sostenuta da quella della nostra comunità e dalla nostra lingua che si esprime in suoni che evocano l'universo esperienziale e cullano il senso di appartenenza e quello di extra-dizione.

Il codice idiomático non è solo una lingua parlata è una seconda pelle.

La lingua che dà ali relazionali ai nostri pensieri, permette scambi, cooperazione, convivialità coi pensieri altrui, toglie dalla solitudine e dona voce al senso del noi.

Aiutare a comunicare chi deve trovare altri modi, rispetto ai più diffusi, è un obiettivo umano prima che sanitario.

L'intervento sanitario è di sostegno all'umano desiderio di esprimersi, nonostante la non abilità di partenza.

Anche la traduzione da una lingua ad un'altra è un sostegno alla creazione di legami tra universi a diverse forme espressive.

Ed anche le istituzioni hanno un linguaggio, scaturito dalla cultura del luogo.

Il linguaggio istituzionale disegna obiettivi, regole operative, vie d'ingresso e vie d'uscita, le regole ed i regolamenti, la nota burocrazia.

Di fronte ad esse ognuno è straniero e per trovare ciò che cerca deve apprenderne il linguaggio, pena l'esclusione.

Le istituzioni sociali e sanitarie hanno i loro codici d'accesso e le loro strutture per ogni problema. Ma i problemi sociosanitari dei Migranti travalicano le singole strutture proprio perché sono problemi e non sezioni di anatomia.

La mente istituzionale sviluppa comportamenti per identificare, valutare e monitorare i bisogni di salute degli immigrati, organizza offerte assistenziali che sostengono l'uso tempe

La Cultura

Crea il senso del mondo (naturale e personale), è strumento di interazione con esso.

E' nelle fondamenta della psiche.

Cosa vuol dire allora esser ciechi alle culture ed ai comportamenti che vi si contestualizzano?

Fenomenologia dell'alterità culturale

- Ogni comportamento manifesta l' espressione di modelli di reazione culturalmente condizionati che sono plasmati dalla vita stessa della comunità.
- In essa emergono i modelli disadattivi e modelli di recupero.
- I contesti sociali esprimono la sapienza di risorse potenziali per ristabilire percorsi di sviluppo
- Essi sono d'aiuto per affrontare problemi tecnici, pragmaticamente: da essi passano le sfide della convivenza e della pluriappartenenza

La lingua

E' una specifica forma di cultura che evoca l'universo esperienziale (fisico, conoscitivo,affettivo), determina il senso di appartenenza, lo scambio sociale all'interno del proprio gruppo, il senso di distinzione-alterità dagli altri, la struttura dell'esistenza soggettiva.

La "traduzione" in altri linguaggi apre le prospettive, crea il legame tra universi culturali

stivo dei servizi, cura la formazione del personale alla sensibilità sulle differenze culturali della percezione della salute e sugli approcci interculturali alla tutela della salute. Promuove la conoscenza specifica delle offerte sociosanitarie presenti sul territorio e la capacità degli operatori di analizzare la domanda e avviarla su percorsi appropriati senza pregiudizi.

E' evidente che i migranti cercano il benessere nel nostro paese; non è altrettanto evidente che possono contribuire al benessere del nostro paese.

La credenza che essi siano una "massa di assistiti" non trova riscontro nei dati ufficiali.

Essi in realtà assicurano un contributo economico rilevante sia al loro paese che al nostro paese.

Molte difficoltà che si riscontrano al momento iniziale, nell'inserimento, stanno nella poca cura dell'accoglienza.

Un esempio lo troviamo nelle classi sovraffollate di migranti: ci sono iniziative mancate e l'arrivo in classe fuori dai tempi scolastici.

Il problema non è costituito dai migranti ma dalla nostra riottosità a provvedere adeguatamente e secondo le nostre possibilità, all'accoglienza realistica, non retorica né ideologica. Ma ci sono anche altre limitazioni.

La precarietà dell'alloggio, le condizioni economiche, la mancanza di legami e di appartenenze non agevolano certo la nuova vita.

Il luogo della costruzione di nuovi legami, nuove appartenenze e apprendimenti dovrebbe mantenere il significato dei ricordi e delle nostalgie rendendole condivisibili.

A volte le scuole sono luoghi di passaggio. Il loro valore non diminuisce per questo, anzi si accresce della opportunità di alimentare la capacità di resilienza.

L'incontro con "lo straniero" è prima di tutto un incontro personale, individuale, non culturale: è più facile sintonizzarsi tra Soggetti che si incontrano che tra culture schematicamente conosciute.

Certo le culture attingono a differenti sistemi di riferimento, ma la persona di diversa cultura non è "una cultura", è qualcuno che sta cercando la sua strada, ne intravede il percorso ma non conosce il codice stradale e la segnaletica vigente.

Il tema dell'immigrazione è stato affrontato con approcci fortemente ideologici ed eccessiva strumentalizzazione di un fenomeno minore, la clandestinità, assunto a metafora

Credenze e problemi

- La credenza che gli immigrati siano una “massa di assistiti” non trova riscontro nei dati ufficiali (Caritas/Migrantes)
- Essi in realtà assicurano un contributo economico rilevante ai paesi d'origine e d'arrivo
- Le difficoltà che si riscontrano nell'inserimento scolastico sono anche legate alla non conoscenza della lingua e agli inserimenti fuori dai tempi scolastici.

Aspetti specifici del Contesto Italiano

- Carente conoscenza della lingua italiana nei genitori (specie)nuovi immigrati e difficoltà ad aiutare i figli a scuola.
- Scarsa strutturazione dei ricongiungimenti familiari e mancanza di struttura familiare allargata
- Precarietà e affollamento abitativo
- Inserimenti scolastici carenti nell' accompagnamento dei minori stranieri per aumento della domanda e diminuzione dei progetti d'integrazione
- Disorientamento per dissonanze educative, per impegnativi orari di lavoro e per caratteristiche peculiari del nucleo.
- Disattenzione all' inclusione sociale degli adolescenti

Sostenere la famiglia

La famiglia è una matrice generativa: ha in sé modelli di sviluppo, rischi evolutivi e risorse.

Sostenere le sue competenze nei momenti critici di sviluppo richiede la capacità di intravederne l'area prossimale di sviluppo in se stessa e nella comunità

di un più generale rifiuto della reale qualità del fenomeno migratorio che ha aspetti interessanti.

Nell'ambito della sanità, ad esempio, accanto al consolidamento delle buone norme che assegnano agli immigrati la piena cittadinanza sanitaria con accesso alle prestazioni e alla tutela della salute, si sta, aprendo, grazie proprio agli apporti del popolo migrante, un confronto biomedico transculturale, che aiuta ad allargare le possibilità di cura e a ritrovare sostegni perduti, come quelli necessari ma negati alla maternità.

Le donne occidentali hanno perso il gruppo di supporto di altre donne nel momento in cui diventano mamme: Stern ha descritto nei suoi studi quanto questa perdita sia scellerata.

Le donne migranti ci riportano il senso dell'antico rito di empowerment.

Se non ci trincerassimo dietro atti di supremazia, potremmo apprendere da altre esperienze ed evitare sofferenze.

In Italia il fenomeno migratorio ha alcune peculiari caratteristiche e fonti di stress.

I nuovi immigrati hanno una carente conoscenza della lingua italiana che non è parlata in nessuno dei paesi di provenienza.

I migranti da regioni in cui si parla inglese, francese, spagnolo... che raggiungono paesi della medesima lingua hanno un ostacolo in meno.

I nostri genitori stranieri, a causa della lingua, hanno difficoltà ad aiutare i figli a scuola, a descrivere le loro necessità negli ambulatori medici, ad informarsi sulle opportunità di inserimento e sviluppo.

La scarsa strutturazione dei ricongiungimenti familiari inoltre produce una lunga mancanza della famiglia allargata, sostegno al senso d'appartenenza, allo sforzo d'adattamento al nuovo, alla disponibilità d'aiuto nell'accudimento dei figli.

Gli impegnativi orari di lavoro, cui sono soggetti, li mette in condizioni di non poter gestire tradizionalmente il tempo della famiglia e le necessità familiari.

Ciò dà origine a disorientamento e dissonanze educative.

A queste difficoltà si aggiunga l'abitare precario ed affollato, la diminuzione dei progetti di integrazione dei minori per esponenziale aumento della domanda, la disattenzione all'inclusione sociale degli adolescenti.

Spesso inoltre, i figli imparano la lingua prima e meglio dei genitori e assumono il ruolo di mediatori linguistici, interpreti a modo loro di un'interfaccia, soggetta ai limiti della differente comprensione dei fatti che hanno adulti e bambini.

Il punto d'ingresso

Qualunque luogo spontaneamente frequentato è un'occasione opportuna di accoglienza: una frequentazione più numerosa è rilevata nei "punti nascita". Decliniamo i punti nascita in spazi sociali d'accoglienza e linguaggi sintonici e proponiamo i bilanci di salute, come occasioni per essere tempestivi nelle cure e nelle disabilità.

Il linguaggio della facilitazione

La valutazione delle attuali modalità di accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata individua alcune criticità. Tra queste, sarebbe interessante monitorare l'accesso al Pronto Soccorso, non solo per evitare (improprie) problematiche di sovraccarico alla struttura ed all'utente ma per sviluppare maggiori competenze nell'uso dei servizi ed ottenere migliore assistenza.

Un esempio:l'accesso in urgenza

I dati delle visite e delle ecografie eseguite in regime di urgenza in PS non sono riportate sulla guida ostetrica e sulla scheda ecografica.

Non saranno quindi utilizzabili per la continuità assistenziale o per un consulto specialistico.

In urgenza è difficile poter valutare complesse problematiche personali,familiari,sociali

E' chiaro che bisogna trovare il modo di sostenere qui questi genitori.

La famiglia è una matrice generativa: ha in sé modelli di sviluppo, rischi evolutivi e risorse. Sostenere le competenze nei momenti critici della sua evoluzione richiede la capacità di intravederle, l'area prossimale di sviluppo in sé stessa e nella comunità.

A questo scopo dobbiamo bonificare e monitorare le soglie d'accoglienza, i punti di incontro, i luoghi d'ingresso.

Qualunque luogo, spontaneamente o per necessità, frequentato dagli immigrati, è un'occasione di conoscenza e reciproca accoglienza.

La valutazione delle attuali modalità di accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata individua alcune criticità.

Tra queste l'uso inappropriato del Pronto Soccorso.

L'attenzione a monitorarne l'uso, non ha solo il merito di evitare sovraccarichi alla struttura e disservizi all'utente ma serve a sviluppare maggiori competenze nell'uso dei servizi ed ottenere migliore assistenza.

Un esempio, tra tanti possibili.

I dati delle visite e delle ecografie eseguite in regime d'urgenza in Pronto Soccorso non sono riportate sulla guida ostetrica e sulla scheda ecografica e non saranno quindi utilizzabili per la continuità assistenziale e per un consulto specialistico.

Inoltre, in urgenza è difficile poter valutare complesse problematiche personali, familiari, sociali.

Educare all'uso dei servizi è educazione alla salute: ogni punto d'accesso si misura con questa forma di prevenzione di base.

I luoghi di più frequente passaggio, per chi risiede da noi, sono i "punti nascita".

Abbiamo declinato i punti nascita come spazi sociali di cooperazione, di sintonia di linguaggi e abbiamo proposto gli appuntamenti per le vaccinazioni e per i bilanci di salute come occasioni per essere tempestivi nella prevenzione, nella cura e nella riabilitazione.

Questi luoghi sono fonti di conoscenza delle strutture sanitarie del territorio, delle leggi che garantiscono il supporto e la partecipazione sociale, la tutela della salute, la tutela della maternità, i diritti dei minori, i sussidi per i disabili.

L'accertamento della disabilità è spesso in ritardo. I bimbi e le loro famiglie pagano il ritardo in termini di competenze acquisibili.

Questo accade anche per i bambini sordi.

I corsi di preparazione alla nascita

Occasione per la

- conoscenza delle strutture sanitarie del territorio e di partecipazione sociale.
- conoscenza delle leggi, dei supporti sociali e sanitari per la tutela della maternità, dei diritti dei minori, dei sussidi per disabili

Facilitazioni

- Ampliamento dell'apertura in orario serale
- Supporto ai percorsi di continuità assistenziale
- Presenza di mediazione culturale nei corsi pre-parto
- Collegamento dei consultori con altri servizi sociosanitari
- Valorizzazione degli operatori agli sportelli come informatori d'accesso e utilizzo dei servizi

Una volta effettuata la diagnosi, sono avviati alla cura, ai supporti, alla abilitazione comunicativa.

La lingua cui vengono avviati è la lingua italiana. Ciò ha lo svantaggio di non essere la lingua dei genitori e della comunità d'origine.

Ma ha il vantaggio di metterli in condizione di comunicare all'interno della comunità in cui vivono.

Occorre riflettere e studiare pregi e difetti, a breve e lungo termine, di un tal modo di procedere.

Potremmo trovare il modo scientifico di fare meglio e di più.

Il diritto alla salute non è legato al diritto di cittadinanza.

Occorre ricordarlo per quelli che lo dimenticano e, attivamente, inviano messaggi alienanti i diritti inalienabili della persona.

L'uso pregiudiziale di schematismi semplicistici non danneggia solo chi li patisce ma anche chi rattrappendovisi, rinuncia al bene dell'intelligenza che l'evoluzione della specie ha selezionato come mezzo idoneo alla sopravvivenza degli umani.

** Psicoterapeuta docente Università Cattolica di Milano
Direttore UO n.1 di Trento*