

Esther Weber

Portare i piccoli

UN MODO ANTICO, MODERNO E... COMODO
PER STARE INSIEME

Prefazione di Chiaretta Busconi

2°
Edizione
ampliata e
aggiornata

Il bambino naturale

Il leone verde



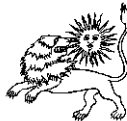
Esther Weber

Portare i piccoli

*Un modo antico, moderno e... comodo
per stare insieme*

prefazione di
Chiaretta Busconi

Seconda edizione ampliata e aggiornata



Il leone verde

Questo libro è stato stampato su carta Fedrigoni nel pieno rispetto delle norme ambientali.

In copertina: fotografia di Elisa Weber-Heller.

ISBN: 978-88-6580-058-4

© 2013 Tutti i diritti riservati

Edizioni Il leone verde

Via della Consolata 7, Torino

Tel/fax 011 52.11.790

leoneverde@leoneverde.it

www.leoneverde.it

www.bambinonaturale.it

INDICE

PREFAZIONE, <i>di Chiaretta Busconi</i>	5
INTRODUZIONE	7
I. LA PRATICA ANTICA DEL PORTARE	11
I.1. PORTARE PER TRAS-PORTARE	12
I.1.1. Nel Mondo	12
<i>Posizioni e supporti tradizionali</i>	13
I.1.2. In Europa	17
<i>Storia del trasportare i bambini in Europa</i>	19
<i>La carrozzina</i>	20
<i>Altri mezzi di trasporto</i>	21
I.2. PORTARE COME MODALITÀ NEL MODELLO DI CURA	22
<i>Il modello ad alto contatto</i>	24
<i>Il modello a basso contatto</i>	25
I.2.1. Portare nelle società ad alto contatto	26
<i>Valore simbolico attribuito al portare</i>	27
<i>Globalizzazione e perdita della pratica del portare</i>	28
<i>Migrazione e portare</i>	29
I.2.2. (Non) portare nelle società a basso contatto	31
<i>Contenitori al posto delle braccia</i>	32
<i>Storia e significato della culla</i>	33
<i>Storia e significato della fasciatura</i>	35
<i>L'uso dei surrogati nel corso della storia occidentale</i>	39
<i>Inventarsi una pratica antica – portare in Europa oggi</i>	41
<i>Posizioni e supporti specifici occidentali per portare</i>	43
<i>Portare – una nuova moda?</i>	44
I.3. RELAZIONE TRA CULTURA E MODELLO DI CURA DEL BAMBINO NEONATO	44
I.3.1 Gli eschimesi Netsilik	46
I.3.2 Gli Yequana nell'Amazzonia (Venezuela)	47

I.3.3 Arapesh e Mundgumor in Papua Nuova Guinea	49
I.3.4 Anbarra in Australia	50
I.3.5 Una finestra (di domande) sull'Occidente	50
I.4. UN APPROCCIO NUOVO A UNA PRATICA ANTICA	55
II. FISIOLOGIA DEL PORTARE	56
II.1. IL CONCETTO BIOLOGICO DEL PORTARE	56
II.1.1. Introduzione al concetto del portato in etologia	57
II.1.2. La posizione sul fianco	61
II.1.3. Le caratteristiche del cucciolo d'uomo	63
<i>I riflessi primordiali</i>	63
<i>Caratteristiche anatomiche</i>	64
• <i>Anche</i>	64
• <i>Colonna vertebrale</i>	66
• <i>Tibia</i>	67
<i>Caratteristiche dello sviluppo neurologico</i>	68
<i>Caratteristiche comportamentali</i>	70
• <i>Segnale di presenza attraverso contatto e movimento</i>	70
• <i>L'angoscia della perdita di contatto corporeo</i>	71
• <i>La posizione divaricata-seduta</i>	72
II.1.4. Predisposizione biologica della madre a portare il suo cucciolo	74
II.1.5. Riassunto del concetto biologico del <i>portare</i> e del <i>portato</i>	75
II.2. GLI ELEMENTI PORTANTI DELLA FISIOLOGIA DEL PORTARE	76
II.2.1. Primo elemento: il contatto	77
II.2.1.1. <i>Introduzione</i>	77
• <i>Sviluppo della pelle</i>	77
• <i>Le funzioni fisiologiche della pelle</i>	78
• <i>Il senso del tatto</i>	78
* <i>Il senso tattile</i>	79
* <i>Il senso propriocettivo</i>	80
* <i>Le emozioni veicolate dal corpo</i>	81
• <i>La regolazione della temperatura corporea</i>	83
• <i>Ulteriore significato della pelle sul piano psichico</i>	84
II.2.1.2. <i>Il significato del contatto per il bambino</i>	86
• <i>Il contatto corporeo attraverso il massaggio</i>	86
• <i>Il contatto attraverso il portare</i>	88

* <i>Portare integralmente (pelle a pelle)</i>	88
* <i>Portare vestiti</i>	90
<i>Portare in braccio</i>	91
<i>Portare con un supporto</i>	92
• <i>Le posizioni</i>	93
* <i>Davanti</i>	93
<i>Pancia contro pancia (“incontro”)</i>	94
<i>Fianco contro pancia (“culla”)</i>	95
<i>Schiena contro pancia (“pancia al mondo”)</i>	97
* <i>Sul fianco</i>	99
<i>Pancia contro fianco (“dialogo”)</i>	99
* <i>Sulla schiena</i>	101
<i>Pancia contro schiena (“tu mi segui”)</i>	101
* <i>Caratteristiche generali del contatto portato per il bambino</i>	102
II.2.1.3. <i>Il significato del contatto per i genitori</i>	103
II.2.2. <i>Secondo elemento: il movimento</i>	106
II.2.2.1. <i>Introduzione</i>	106
• <i>Il movimento nella vita prenatale</i>	106
• <i>Il movimento dopo la nascita</i>	108
• <i>Organo di percezione sensoriale del movimento – il sistema vestibolare</i>	108
II.2.2.2. <i>Il significato del movimento per il bambino</i>	110
• <i>Il movimento spaziale</i>	110
• <i>Il dondolio ritmico</i>	110
• <i>Seguire i movimenti di chi porta</i>	112
• <i>Il movimento attivo del bambino portato addosso</i>	112
• <i>Integrazione degli stimoli sensoriali</i>	113
II.2.2.3. <i>Il significato del movimento per i genitori che portano</i>	116
• <i>Libertà di movimento</i>	116
• <i>L’aspetto simbolico del movimento</i>	117
II.2.3. <i>Terzo elemento: lo spazio</i>	118
II.2.3.1. <i>Introduzione</i>	118
• <i>Lo spazio personale</i>	118
• <i>Lo spazio adatto al bambino dopo la nascita</i>	120
II.2.3.2. <i>Lo spazio portato</i>	120
• <i>Caratteristiche e funzioni dello spazio portato</i>	121
* <i>protezione/sicurezza</i>	121
* <i>filtro</i>	122
* <i>contenimento</i>	122

* <i>luogo di riposo</i>	123
II.2.3.3. <i>Il significato simbolico dello spazio portato</i>	123
• <i>Creare/predisporre lo spazio portato (genitore)</i>	123
• <i>Riempire lo spazio portato (bambino)</i>	125
II.2.3.4. <i>Lo spazio portato come luogo per crescere</i>	125
II.2.4. Quarto elemento: il legame	126
II.2.4.1. <i>Introduzione</i>	126
• <i>Fasi nella costruzione dell'attaccamento</i>	130
II.2.4.2. <i>Portare e attaccamento</i>	132
• <i>La dinamica fisiologica della costruzione del legame</i>	134
• <i>Portare come modalità nella costruzione del legame</i>	135
* <i>iniziare il legame</i>	135
* <i>personalizzare il legame</i>	137
* <i>confermare e rafforzare il legame</i>	139
* <i>addio al portare</i>	140
II.3. UNA RELAZIONE ALLA PORTATA DI BAMBINI E GENITORI	142
II.3.1. L'ascolto reciproco	142
II.3.2. Il percorso portato	146
II.3.3. Tra fatica e gioia andare per vie nuove	151
III. FISIOLOGIA DEL PORTARE APPLICATA	153
III.1. ASPETTI PRATICI IN GENERALE	154
III.1.1. Come portare	154
III.1.2. Dove portare	156
III.1.3. Quanto portare	157
III.1.4. Portare e pianto	158
III.1.5. Portare e sonno	166
III.1.6. Portare e allattamento	169
III.1.7. Portare e clima	171
• <i>D'inverno fa troppo freddo?</i>	171
• <i>D'estate fa troppo caldo?</i>	172
III.1.8. Portare in situazioni particolari	173
• <i>Quando il bambino è ammalato</i>	173
• <i>Portare e lavoro</i>	174
• <i>Limiti: quando sarà troppo pesante? Quando sarà troppo grande?</i>	176

III.2. PORTARE CON LA FASCIA LUNGA	177
III.2.1. Darsi il tempo – munirsi di pazienza	177
III.2.2. Farsi accompagnare da una persona (più) esperta	178
III.2.3. Il tempo di assestamento	179
III.2.4. Sta soffocando?	180
III.2.5. Se il bambino non vuole starci – un pensiero rispetto allo spazio ristretto	181
III.2.6 Si può portare troppo nella fascia lunga?	182
III.3. PREVENZIONE E TERAPIA	184
III.3.1. Bambini prematuri	184
III.3.2. Bambini gemelli	189
III.3.3. Bambini con sindrome Down	190
III.3.4. Bambini con displasia dell'anca	191
IV. SUPPORTI E TECNICHE PER PORTARE	194
IV.1. GUIDA ALLA SCELTA	195
• Caratteristiche generali di un (buon) supporto per portare	195
IV.2. I SUPPORTI	197
IV.2.1. Supporti strutturati	198
• <i>Tipo marsupio</i>	198
• <i>Tipo amaca</i>	201
• <i>Tipo mei tai</i>	204
• <i>Tipo zaino</i>	209
IV.2.2. Supporti non strutturati	211
• <i>La fascia corta</i>	211
• <i>La fascia elastica</i>	216
• <i>La fascia lunga</i>	222
V. CONCLUSIONE – Per una cultura occidentale del portare	251
VI. APPENDICE	254
- Esperienze im-portanti	254
- Letteratura per approfondire e proseguire	268
- Link e indirizzi	271
INDICE	274

PREFAZIONE

di Chiaretta Busconi

Ho conosciuto Esther Weber ad un corso di formazione sulla clinica della prima infanzia, a Verona nella primavera del 2011. Alla fine del corso Esther mi ha fatto dono del suo libro *Portare i piccoli*, anzi, lo ha regalato al centro per i disturbi affettivo relazionali della prima infanzia, in cui lavoro.

La lettura di questo testo mi ha aperto altre finestre, prima chiuse, o solo intraviste. I concetti di “portare” e di “spazio portato” sono stati spunto di ripetute riflessioni e di emozioni vive.

Il libro di Esther è oggi un forte richiamo all’ascolto della prima infanzia, che ci parla linguaggi propri, non verbali, lingue vicine a bisogni di contenimento di angosce, solitudini, tremiti, cui solo la relazione empatica, calda, accogliente e attenta può corrispondere. Rispondere e corrispondere ai bisogni di sicurezza, accoglimento e accettazione del neonato, che si esprime col pianto o con la quiete della pace, secondo ritmi e tempi di una sua musicalità interna, significa dargli quel senso di onnipotenza narcisistica da cui si staccherà gradualmente attraverso il processo di separazione e le frustrazioni ottimali. Quel senso di onnipotenza primaria servirà (a lui, anello più debole della catena umana) da fluido vitale per affrontare le difficoltà, il senso di abbandono e di impotenza, che gli presenteranno i conti della vita.

Servirà nel contempo alla madre, per soddisfare e rinforzare il suo bisogno di unicità ed esclusività che, oggi più che mai, le viene anche richiesto dall’organizzazione sociale, sempre più orientata alle famiglie nucleari, isolate e spaventate. Favorire il senso di onnipotenza neonatale non può essere frainteso con il concetto del “viziare”. Viziare, a mio parere, non è una modalità di calmare il pianto del bambino decodificandone il significato profondo, il bisogno vitale sottostante, viziare è placare il pianto del bambino con modalità che attengono al mondo degli adulti, al mondo degli

oggetti, dei consumi, dell'avidità che nutre se stessa attraverso il soddisfacimento compulsivo di false necessità o di bisogni indotti.

Ma cosa si intende veramente per bisogno di contenimento nel bambino piccolo? Essere tenuto dentro, al caldo empatico e al riparo dai pericoli di sovraesposizione sensoriale, di eccitazioni insopportabili, provenienti sia dal mondo interno che da quello esterno, potrebbe essere una prima risposta.

La fascia è uno strumento che favorisce e permette sia il legame, trasmettendo un senso di continuità con lo stato gestazionale, sia il passaggio graduale verso il mondo esterno. Favorisce uno sguardo sul mondo da una posizione di sicurezza: è bella la metafora del mondo visto dalla groppa della madre! Rafforza il legame, ma offre nel contempo un forte slancio verso l'autonomia: la dipendenza si tramuta in quell'energia che permette il distacco verso l'autonomia di una vita unica ed esclusiva: tanto il legame primario sarà stato armonico e sintonico, quanto il futuro adulto saprà concedersi al mondo degli oggetti e delle relazioni, saprà amare e coinvolgersi nel bene comune, per il bene comune.

“Portare” nella mente, nel pensiero, un'altra mente, alla quale far germinare pensieri: è esperienza riconosciuta oggi dalle neuroscienze, dall'infant research, oltre che dalla psicanalisi, che una mente ha bisogno di un'altra mente per farsi e sentirsi viva. Così come un corpo ha bisogno di un altro corpo per sentirsi esistere: l'abbraccio della madre al suo bambino fonde la mente con il corpo e gli rimanda il pieno senso di essere vivo. Se togliamo l'abbraccio al bambino è come se lo privassimo di una parte di mente.

Il portare dentro va oltre il confine dei primi anni di vita, si evolve in noi adulti nel concetto-idea di essere portati e nel contempo portare, funzioni che si alternano fino a fondersi, in un gioco di continui e magici rispecchiamenti.

Mi ha infine teneramente commosso la testimonianza di una nonna alla fine del libro. La linea di continuità che lega tre generazioni di donne si fonde con quella fascia: altra metafora del filo che unisce le menti attraverso lo spazio, il tempo, l'amore e avvicina al mistero dell'infinito.

Grazie Esther!!

Chiaretta Busconi

Psicologa psicoterapeuta presso la Neuropsichiatria dell'AUSL Piacenza e per il Centro di secondo livello per i disturbi affettiva relazionali nella prima infanzia.
Docente all'Università di Parma e alla Fondazione Bonaccorsi di Milano.

INTRODUZIONE

Portare i piccoli? La gente che passa davanti a casa nostra si ferma incuriosita e indaga la scritta misteriosa sulla nostra porta. Scuote la testa. Alcuni si fermano e chiedono: “ma che cosa significa?” Spesso, a questa domanda segue una seconda: “Per quali strade si arriva a occuparsi del *portare*?”

Se qualcuno ancora dieci anni fa mi avesse detto che mi sarei occupata personalmente, con passione e con professionalità di questo tema (e che avrei avuto due bambine) gli avrei detto: improbabile. Infatti non svolgo una professione attinente al tema (per diversi motivi non sono diventata ostetrica, ho fatto esperienze lavorative nell’ambito aziendale), e costruire una famiglia, crescere dei bambini non faceva parte dei miei sogni immediati e consapevoli. Tutto iniziò con la prima gravidanza (è stata comunque la vita a dare il suo contributo), quando cercai un mezzo più comodo e agevole per trasportare la mia bambina quando sarebbe nata. Avevo bisogno di continuare a essere libera. Presto comunque mi resi conto che non si trattava di utilizzare uno strumento di trasporto alternativo, ma che sarebbe stata una modalità (diversa) per stare (bene) insieme alla mia bambina. Iniziò allora la ricerca e la scoperta dei mondi dietro alla piccola parola *portare*; seguita presto dalla richiesta di altri genitori di trasmettere loro le conoscenze acquisite.

Quando nel 2002 decisi di costruire un sito internet con il nome www.portareipiccoli.it, in Italia le informazioni specifiche rispetto al tema del *portare* i bambini erano quasi inesistenti e per lo più limitate a un approccio commerciale. Allora mi occupavo del tema da due anni, e notai che le conoscenze che raccoglievo in lingua tedesca o inglese per lo più erano sconosciute alla maggioranza dei genitori (e operatori) che conoscevo. Convinta che l’informazione oggettiva fosse la base da cui partire per pro-

muovere *una cultura occidentale del portare*, decisi di cominciare a tradurre testi specifici e pubblicarli (con il permesso degli autori) sul mio sito. Quando poco dopo costituimmo l'associazione "Portare i Piccoli", a molti sembrava incredibile fondare un'associazione su un aspetto così specifico come il portare! Ora sembra che stia scoppiando una moda; i forum in internet sono pieni di mamme entusiaste che si scambiano informazioni e si danno sostegno a vicenda; si comincia a sapere che esiste la fascia lunga, la televisione se ne interessa, spuntano altre associazioni specifiche, si moltiplicano i siti dedicati. È un buon momento per le aziende e per chi svolge attività commerciale per vendere supporti per portare.

Ma torniamo alla prima domanda; cosa si intende esattamente con *portare*? Si tratta di una pratica scomoda o comoda (secondo il punto di vista) per trasportare i bambini piccoli, o magari c'è di più? La lingua stessa ci fornisce un primo approccio. Il dizionario Sansoni restituisce 22 significati diversi per il verbo portare; una di quelle parole che si possono utilizzare in molte circostanze per illustrare varie situazioni fisiche ma anche metaforiche e simboliche. Tra i significati posso elencare: portare un peso, farsi carico di un peso, indossare, tenere, sostenere qualcosa o qualcuno, sopportare, supportare, trasportare, muovere qualcosa o qualcuno da una parte all'altra.

È subito evidente che sostanzialmente si distinguono due significati:

- il significato stabile, che si fa carico di un peso, lo sostiene, lo regge, lo sopporta, lo supporta e
- il significato mobile, che muove il peso e lo trasporta.

Portare un bambino piccolo non è poi così diverso: significa farsi carico, letteralmente, del bambino, tenerlo addosso, sostenerlo e poi muoversi insieme a lui, con lui addosso o, con l'espressione usata nei paesi anglofoni, "indossando il bambino". E non solo.

Questo libro è un invito a riflettere sul significato del portare nell'ottica di una relazione individuale, per evitare approcci semplicistici (basta mettersi il bambino addosso) oppure ideologici (bisogna portare il bambino continuamente a contatto) oppure di moda (è *chic* tenersi il pupo addosso).

Per illustrare il concetto della *fisiologia del portare* mi sono addentrata in diverse discipline scientifiche quali innanzitutto la biologia, l'etologia (biologia comportamentale), l'antropologia e la psicologia, riportando delle cornici teoriche da cui sono partita per andare oltre al tentativo di produrre le prove che portare sia una modalità "scientificamente corretta" per

prendersi cura dei bambini e per trasportarli. Ecco un semplice esempio che può illustrare l'intento di questo libro.

Quando un bambino piange nel suo lettino i genitori hanno diverse possibilità di ascoltarlo e di reagire. Possono sentire il pianto del bambino come la comunicazione urgente di un suo bisogno, andare da lui, prenderlo in braccio e cercare di capire di che cosa ha bisogno. Oppure possono andare da lui e cercare di distrarlo con le parole e le carezze, ma senza prenderlo in braccio perché vogliono che stia ancora un po' giù. Oppure possono pensare che non debba prendere il vizio e che debba imparare a stare giù, e possono quindi lasciarlo piangere.

Senza esprimere un giudizio frettoloso su una modalità piuttosto che sull'altra, ritengo sia fondamentale riflettere sulla qualità delle proprie modalità di risposta al bambino e diventare consapevoli del *potere* che si può esercitare nei suoi confronti. Siamo tutti d'accordo che essere genitori oggi (come ieri) non è un'impresa facile, ma forse più che in ogni altro periodo della nostra vita siamo invitati a riflettere e a non dare per scontato valori sociali, culturali, generazionali rispetto al modo di prenderci cura dei nostri bambini.

In questo contesto *Portare i piccoli* non propone una ideologia né una strada da seguire a occhi chiusi uguale per tutti, né la sicurezza di fare tutto giusto, ma vuole essere un invito alla riflessione su cosa significhi relazionarsi con i nostri bambini e con il nostro futuro.

Dal punto di vista strutturale, per una lettura più agevolata, ho scelto di mettere nelle note a piè di pagina tutti i riferimenti bibliografici, articoli e studi scientifici. In questo modo ho cercato di dare la possibilità di approfondire i diversi argomenti secondo il proprio interesse. Un'altra scelta è stata di limitare il più possibile i riferimenti alla patologia (per esempio al tema del bisogno di contatto corporeo insoddisfatto e delle sue conseguenze per lo sviluppo del bambino) per rimanere in un ambito di fisiologia e di positività.

Il libro parte dall'osservazione della *pratica antica* nel mondo (capitolo I), per passare poi al concetto teorico della *fisiologia del portare* (capitolo II) e alla sua *applicazione pratica* (capitolo III) come modalità moderna per stare insieme ai propri bambini.

Nel capitolo IV si trovano invece le valutazioni e le indicazioni tecnico-pratiche rispetto ai diversi supporti e le tecniche per portare.

Consiglio di non lasciarsi tentare dagli aspetti tecnico-pratici passando subito al capitolo IV, ma di fare lo sforzo di arrivarci seguendo il filo rosso del libro. Solo in questo modo le indicazioni pratiche acquisiscono un senso logico e non si è costretti ad accettarle come un consiglio esperto o un punto di vista esterno.

Rivolgo il mio invito alla riflessione innanzitutto a neogenitori e genitori, nonni e nonne, zie e zii, ma anche a operatori della prima infanzia, che avranno a disposizione molto materiale per approfondire ulteriormente l'argomento.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio Evelin Kirkilionis per l'aiuto e il materiale generosamente messo a disposizione rispetto al concetto biologico del portare, Waltraud Stening, Urs A.Hunziker per le loro ricerche inviatemi con grande disponibilità quando ho iniziato ad addentrarmi nel tema e ringrazio Susi Milz, che ha condiviso con me il suo ampio sapere pratico nei primi tempi di *portare i piccoli*.

Da tutto l'inizio e nel corso degli ultimi anni, per lo scambio vivo, continuo e arricchente innanzitutto ringrazio Giovanna Anti, con la quale ho condiviso teoricamente e praticamente l'avventura del *portare i piccoli*.

Ringrazio inoltre per l'incoraggiamento, il sostegno, l'amicizia e la fiducia: Gloriana Facci, Federica Casanova, "il gruppo del martedì", le mie colleghe istruttrici, i genitori soci, Anita Molino e tutte le persone, operatrici e genitori, che mi hanno dato fiducia nella promozione di *Portare i piccoli*.

Grazie a tutti i bambini nati e portati, i veri protagonisti, che ho avuto il piacere di conoscere, osservare e ammirare negli ultimi anni.

Infine ringrazio mia madre Elisa per avermi dato il sostegno pratico per scrivere questo libro. Grazie ad Alexander, con cui ho avuto la fortuna e il piacere di condividere dall'inizio il *portare i piccoli*.

Per le nostre figlie, che mi hanno fatto scoprire l'essenza del portare:
Gwenda e Aileen

I

LA PRATICA ANTICA DEL PORTARE

Ad oggi, due terzi dell'umanità, da nord a sud, *porta* ancora i propri bambini. In Groenlandia e in Siberia, in Alaska, in Africa, in Centro e Sud America, in Asia e in Australia *portare* è una pratica diffusa, anche se viene praticata, come vedremo di seguito, in molti modi diversi. Esclusi da questo quadro si trovano soltanto il continente europeo e gli USA.

Nell'intento di scattare una fotografia della *realtà portata* nel mondo, ci si può chiedere se sia una pratica sviluppatasi per semplice necessità e adattamento ambientale. Come si porta tradizionalmente? Che significato attribuiscono i diversi popoli al portare?

E nell'Occidente? Se oggi *non si portano* più i bambini, forse una volta *si portavano*? Quali sono le alternative e che significato hanno?

Sulla base del materiale antropologico, etnologico e storico a disposizione, indubbiamente in molte parti del mondo si portano i bambini per semplice necessità. In assenza di strade e nelle zone impervie della terra portare non è una scelta ma l'unico modo (mezzo) di trasporto praticabile e sicuro e quindi una necessità senza alternative finché i bambini non si muovono autonomamente.

Ma osservando le pratiche di *maternage* nel mondo si nota anche che laddove si è creata una *cultura del portare*, questa è parte integrante e naturale dei modi di cura nei confronti dei bambini, supportata da valori socioculturali. In questo senso significa che portare è una pratica adatta "a crescere" i bambini e non semplicemente una modalità di trasporto per mancanza di alternative più comode.

Poiché il materiale etnologico è vastissimo e non può essere trattato in modo esaustivo e completo in questo capitolo, perché oltrepasserebbe i

limiti ma anche gli obiettivi preposti di questo libro, vi propongo di seguito un'idea della realtà del portare nel mondo e in Europa ieri e oggi, differenziandola nel doppio significato:

- a) portare per trasportare e
- b) portare come modalità nel modello di cura del bambino piccolo.

Anche se in molti casi si tratta di una differenziazione teorica, perché nel Sud del mondo, dove esistono ampie realtà di cultura del portare, gli aspetti si intersecano e si completano a vicenda, la considero necessaria per una buona fotografia del portare in Occidente.

I.1. PORTARE PER TRAS-PORTARE

La necessità di muoversi e di spostarsi fa parte dell'umanità ed è una caratteristica di tutte le culture; sia nelle società tradizionali, spesso nomadi, di cacciatori-raccoglitori, dove la comunità (e le madri) si spostano di continuo in cerca di cibo, sia nelle società non industrializzate dove comunque gli scambi con altre comunità sono vitali, sia nelle società industrializzate, dove la necessità di spostarsi per qualsiasi cosa (spesa, lavoro, scuola, vita culturale, ferie) è più che mai scontata.

I.1.1 Nel mondo

Nel Sud del mondo e nelle parti remote del nostro pianeta, *portare addosso* è ancora oggi lo strumento più sicuro e praticabile per spostarsi con un bambino piccolo da un luogo A a un luogo B. I bambini sono trasportati in molti modi diversi; sulle spalle (dove si tengono aggrappati ai capelli dei genitori), sulla schiena seduti in alto o in basso, sul fianco a portata del seno. Sono trasportati in braccio ma molto spesso con un supporto ausiliare, che ha il compito di sostenerli al posto delle braccia e di “incollarli” al corpo del genitore in modo che questo possa avere le mani e il corpo liberi per svolgere altre attività. Un ruolo importante nella modalità di trasporto sembrano avere le condizioni climatiche.

Whiting¹ ha analizzato 250 società rispetto alla relazione tra clima e supporti utilizzati per tras-portare i bambini. Conclude che in ambienti cli-

matici freddi sono tipici i supporti contenitori, come culle o cesti, dove il bambino passa la maggior parte del giorno e della notte. In queste società è uso comune fasciare oppure vestire molto pesantemente i bambini. Il contatto corporeo tra i bambini piccoli e i genitori è molto più raro che nelle società con clima caldo (definito con temperature invernali oltre i 10°), dove i bambini passano fino al 90% del giorno (e della notte) a contatto corporeo con un'altra persona. In molte società i bambini non sono portati solo dalla madre, ma anche dal padre, e spesso da fratelli e sorelle poco più grandi, dai nonni e da altre persone della famiglia o tribù.

In queste società predominano supporti come teli, reti o cinture, che permettono di legare il corpo del bambino, nudo o vestito pochissimo, al corpo di chi porta. Lo stretto contatto corporeo è frequente anche durante la notte.

Rispetto alla teoria climatica ci sono alcune eccezioni; infatti gli Inuit dell'Alaska e della Siberia portano i loro bambini a contatto pelle a pelle all'interno della propria giacca di pelle. Questo lascia presupporre che, sebbene il clima possa essere un fattore importante nel modellare il mezzo di trasporto dei bambini e la predisposizione al contatto corporeo, probabilmente ci sono altri aspetti da considerare. Mi sembra un chiarissimo indizio rispetto al fatto che il significato del portare non si esaurisce nel suo aspetto di trasporto, come vedremo di seguito.

Posizioni e supporti tradizionali

Tradizionalmente i bambini sono portati sul fianco e sulla schiena così che la loro pancia si appoggi sempre al corpo di chi porta. Solo occasionalmente sono portati in braccio davanti, per esempio quando vengono allattati o quando l'adulto si dedica al bambino in modo diretto, come nel gioco.

Probabilmente si tratta di posizioni fisiologiche sia per il bambino, sia per chi lo porta. Una modalità di trasporto in una posizione non fisiologica, che a lungo andare avrebbe procurato danni alla postura di un'intera popolazione, sarebbe stata abbandonata presto a favore di pratiche più fisio-

¹ Whiting JWM, *Environmental constraints in infant practices*, in H., Munroe, R L, and Whiting, BB. (Eds.), *Handbook of cross-cultural human development*, Garland STPM Press, New York, 1981, pp. 155-179.

logiche. Una società tradizionale che conta sul lavoro (fisico) di ogni suo membro non può permettersi lo sviluppo e il mantenimento a lungo di una pratica del portare non fisiologica.²

I supporti ausiliari sono molto vari e diversi fra di loro e rispecchiano cultura, modo di vivere, disponibilità di materie prime, clima, ricchezza o povertà di chi porta, addirittura valori sociali. Se i bambini per esempio sono un sinonimo di fortuna, anche i supporti, di infinita bellezza, sono spesso curatissimi nei dettagli, cuciti e ricamati finemente.³

I portabebè di ieri e di oggi sono fatti di stoffe semplici, di tessuti ricamati o stampati, con lacci lunghi o semplici teli corti, adeguatamente piegati e annodati. Sono reti di canapa o di altre fibre grezze, cesti, zaini più o meno imbottiti. Ci sono portabebè fatti di pelle, di pelo, di cuoio. Sulla schiena i bambini sono adagiati nel supporto a gambe divaricate o in diagonale, tutti fasciati. Sul fianco i bambini seduti a cavallo vengono sostenuti da cinture di fibre naturali o teli corti di cotone. Se le condizioni climatiche lo permettono sono portati a contatto pelle a pelle.⁴

In molte culture il supporto portabebè tradizionale ha un nome proprio, indice di una cultura del portare. Per citare solo i più conosciuti, si possono incontrare il *Mei Tai* in Cina, il *Podeagi* in Korea, l'*Onbuhimo* in Giappone, il *Bambaran* in Guinea Bissau, il *Pagne* in Senegal, il *Kanga* in Kenya, il *Kikoy* nelle parti della costa occidentale africana, il *Bilum* in Papua Nuova Guinea, il *Selendang* in Indonesia, il *Rebozo* in Messico, l'*Amautik* dagli Inuit in Alaska.

² Hilsberg Regine, *Koerpergefuehl*, Rowohlt TBV, 1985.

³ Si possono ammirare degli esemplari bellissimi di *mei tai* cinesi tradizionali (prima di Mao) in Lin Brenda et al., *Bonding via baby carriers*, Les Enphants Co, 2001.

⁴ Per approfondire consiglio due libri correlati da moltissime fotografie: Fontanel Béatrice, D'Harcourt Claire, *Bebè del mondo*, L'Ippocampo, 2007; Van Hout IC, *Lieve lasten -hoe kinderen gedragen worden*, Tropenmuseum Amsterdam, 1993.

In Centro America e nelle Ande i piccoli vengono portati sulla schiena, legati con un telo quadrato piegato a triangolo e annodato davanti.



In Africa i bambini vengono portati sulla schiena bassa con dei semplici teli di cotone della lunghezza di appena 2 yard (180 cm) e senza nodo.



Nelle regioni asiatiche (Cina, Vietnam, Thailandia, Indonesia) i piccoli sono portati con una specie di fascia quadrata (40 cm per 40 cm) a cui sono fissati dei lacci lunghi con cui si annoda il supporto attorno al corpo.



La maggior parte dei portabebè tradizionali sono morbidi e molto adattabili (supporti semi o non strutturati) e permettono di portare “a contatto”. Un’eccezione costituiscono gli indiani pellerossa che portavano i loro bambini non a contatto diretto, ma fasciati sulla schiena (rivolti all’esterno) su una tavola o dentro una culla rigida (*cradleboard*).

Laddove è possibile e per tratti lunghi, i bambini non solo vengono trasportati sulla propria schiena, ma anche in cesti e culle portatili sul dorso dei cavalli e degli asini o sulle slitte. Trasportare i bambini fino alla loro autonomia motoria è faticoso, ma spesso sono i fratelli più grandi che si fanno carico del piccolo mentre il padre o la madre porta ceste o vasi molto più pesanti.



Tras-portare i bambini addosso in molte parti del mondo è indispensabile perché mancano alternative più comode e ugualmente sicure. Per tratti lunghi o durante il lavoro della madre i bambini vengono portati soprattutto sulla schiena e girati al bisogno sul fianco o davanti per essere nutriti. I supporti ausiliari che legano i bambini in modo saldo al corpo del genitore sono adatti ai bisogni e alle condizioni di vita di ciascuna popolazione. I bambini vengono trasportati finché non camminano da soli e dopo su richiesta, spesso dai fratelli poco più grandi o da altre persone della famiglia disponibili.

I.1.2. In Europa

Oggi, per tras-portare un bambino in Europa, viene proposta una serie di accessori indispensabili (e costosi):

- carrozzina prime settimane (navicella)
- passeggino (dopo alcuni mesi)
- passeggino a tre ruote per le lunghe passeggiate
- passeggino pieghevole (*buggy*) per il bambino più grande (fino a 4/5 anni)
- ovetto per la macchina (fino a 9 mesi)
- seggiolino per la macchina (dai 9 mesi in poi)

La lunga lista di accessori per il trasporto del bebè lascerebbe presupporre che i bambini siano volentieri e spesso portati “in giro”, ma in realtà non è così. Anzi, parlando con molte mamme, emerge che la loro mobilità con un bambino piccolo è molto limitata. Molte madri fanno fatica a uscire di casa con il neonato perché lo ritengono troppo faticoso. Preferiscono uscire da sole o non uscire affatto.

“In molte parti basta uno strumento per portare il bambino dappertutto, mentre nella nostra società, dove siamo attorniti da una grande quantità di accessori, portare con sé il bambino non è diventato più semplice né considerato naturale”.⁵

Solo da alcuni anni si aggiungono a tale lista i supporti per trasportare addosso un bambino, per esempio il marsupio oppure uno zaino per fare delle passeggiate. Nelle riviste e guide all’acquisto per mamme di bebè, il marsupio viene consigliato “a genitori con uno stile di vita attivo” che “vogliono portare il loro bambino con sé”. Il marsupio, “la perfetta alternativa alla carrozzina per uscire”, da usare per “una breve passeggiata” o per “spostamenti in città che prevedono l’utilizzo di mezzi pubblici”. Non manca mai comunque il consiglio di non portare troppo a lungo di seguito, “per dare al bambino la possibilità di muoversi e di sgranchirsi fuori dal prodotto e per fare riposare la schiena dell’adulto”.

La grande quantità di prodotti e rifiniture – “dal design innovativo e accattivante” – mostra un mercato in crescita. Infatti gli strumenti per trasportare addosso il bambino in Europa sono in netta crescita e dimostrano quindi una richiesta in aumento, anche se sono ancora prodotti considerati marginali. Nella copia omaggio⁶ di una guida all’acquisto per mamme troviamo 24 prodotti tra marsupi e zaini descritti, mentre ci sono ben 33 passeggini/carrozzine diversi combinabili e ben 60 passeggini pieghevoli pubblicizzati!

La presenza della carrozzina, così scontata, potrebbe fare pensare che ci sia sempre stata, ma invece si tratta di una invenzione piuttosto recente (rispetto alla storia dell’umanità).

⁵ Albrecht-Engel Ines, *Tragen Betten Wiegen. Ein kulturhistorischer Vergleich und Ueberlegungen zur heutigen Situation*, in Gottschalk-Batschkus Christine, Schuler Judith, (Ed), *Ethnomedizinische Perspektiven zur fruehen Kindheit*, curare Sonderband 9/1996, Verlag fuer Wissenschaft und Bildung, VWB, Berlin, 1996.

⁶ *La Guida, Io e il mio bambino*, copia omaggio, Sfera editore, 2006.

Storia del tras-portare i bambini in Europa

Sebbene si possa pensare diversamente, fino al tardo Medioevo anche in Europa tras-portare i bambini piccoli sul proprio corpo era una pratica diffusa e forse addirittura scontata.

Nelle raffigurazioni della Sacra Famiglia si trova l'indizio che la modalità del portare fosse socialmente accettata. In un dipinto medievale di Francken il bambino Gesù viene portato da suo padre Giuseppe dentro una fascia sul fianco. Anche Giotto, nella cappella areniana di Padova, nel tardo Medioevo rappresenta Maria nella fuga in Egitto con il bambino Gesù seduto sul fianco e assicurato da una fascia corta.

Nell'antichità i bebè erano trasportati in ceste fissate sul dorso degli asini o alla schiena dei genitori, ma Sorano di Efeso (98-138 d.C.) consigliava l'uso di una piccola carrozzella fino ai quattro mesi, solo più tardi "la nutrice potrà portare il bambino in braccio e passeggiare a piedi o abbandonarsi al dondolio di un carretto".⁷

I supporti per portare i bambini erano diversi, da teli corti annodati per piccoli spostamenti a cesti in vimini o pelle portati sulla schiena oppure fissati sul dorso degli animali da soma. Anche le culle, piccole e maneggevoli, sono contenitori per trasportare i bambini, utili durante il giorno, perché la notte la maggior parte delle madri tiene il bambino piccolo con sé nel letto.

"Succede che gli uomini arrivino a caricarsi la culla sulle spalle e le donne... sulla testa, come un vaso di latte!"⁸

Nel Rinascimento raffigurazioni del trasporto dei bambini mostrano bambini portati in zaini e strumenti di legno sulla schiena di madri zingare, mendicanti, e comunque contadine e povere. Nei ceti sociali più altolocati il bambino, affidato alla balia, viene portato sulle braccia, adagiato su un grande cuscino.

Nel XVI secolo le bambinaie e le madri cominciano a ricorrere all'uso di piccoli carretti da trainare, di cui all'inizio si servono in casa. Infatti, in assenza di strade spianate e asfaltate, portare a passeggio il bambino su questi carretti avrebbe significato esporlo a eccessivi pericoli. Solo nella seconda metà del XIX secolo nasce la "carrozzina" per l'aria aperta.

⁷ Fontanel Béatrice, d'Harcourt Claire, *Il grande libro dei piccolissimi bebè*, Mondadori, 1997, p. 175.

⁸ *Ibidem*.

La carrozzina

Le prime carrozzine, non più carretti da trascinare ma mezzi a tre ruote da spingere, vengono prodotte nel 1840 in Inghilterra. Nel 1855 il reverendo Armstrong annota nel suo diario: “Le strade di Londra sono piene di carrozzelle, macchine per bambini che non conoscevo, in cui i bebè sono spinti invece che tirati dalle loro balie”.⁹

Presto la carrozzina è un successo e soprattutto per i ceti altolocati diventa un segnale distintivo di benessere come, del resto, la presenza della balia che la spinge per le strade di Londra. Ma la carrozzina aveva il limite che non era adatta a bambini che non stavano ancora seduti, prima dei sei mesi di età.

Nel 1876 un fabbricante di carrozze costruisce una carrozzella a quattro ruote per portare a passeggio i suoi piccoli, ma la polizia vieta a questo veicolo la circolazione sui marciapiedi perché classificato come vettura fatta per circolare su strada. Questo problema non riguarda solo l’Inghilterra; in Germania, nel XIX secolo, bisognava prendere la patente per passeggiare.

Verso il 1880 viene messo a punto un nuovo veicolo che sfugge a queste regole e permette di trasportare i lattanti coricati: un telaio munito di ruote viene adattato a una culla di vimini, importata dalla Francia. Fragili e difficili da pulire questi canestri a rotelle sono stati sostituiti alla fine del XIX secolo da altri costruiti con materiali diversi, tipo legno, cartapesta, pelle spessa. Nei grandi centri abitati dell’Inghilterra si fa a chi esibisce la carrozzina più bella. Illustrate in cataloghi che ne elogiano le qualità le carrozzine sono disponibili in tanti modelli magniloquenti: l’ascot, l’albania, il parigino... Come le carrozze che le hanno ispirate, le carrozzine sono disponibili anche nelle versioni con lo stemma di famiglia dipinto sui fianchi.

A partire dai primi anni del XX secolo i passeggiatori diventano sempre più sofisticati e i fabbricanti fanno a gara a chi è più ingegnoso. Le invenzioni, utili o strambe, si moltiplicano: carrozzine trasformabili in culla, in girolo, in slitta o in altalena; carrozzine con sedia pieghevole incorporata per la balia, ecc.¹⁰

Inventata in Inghilterra, la carrozzina prese piede velocemente in tutti i paesi europei, e una volta resa accessibile dal punto di vista economico

⁹ Fontanel e d’Harcourt, 1997, *op. cit.* p. 185.

¹⁰ *Ibidem.*

anche ai meno abbienti, si diffuse rapidamente come unico mezzo di trasporto per bambini piccolissimi e piccoli, anche se non era priva di rischi.

A partire dagli anni Venti, l'eleganza e il lusso cedono il passo alla sicurezza e al comfort. La carrozzina non è più oggetto di rappresentanza: diventa molto più bassa per prevenire le cadute dei bebè, le ruote si rimpiccioliscono ma vengono migliorate le sospensioni e l'imbottitura. Non sono più di legno, in pelle o in vimini ma diventano di acciaio. L'acciaio permette per la prima volta la produzione in serie di carrozzine di qualità a prezzi accessibili. Nei giardini, le madri si sostituiscono poco alla volta alle tate, che si fanno più rare: esplose il boom delle carrozzine pieghevoli, che arrivano dagli Stati Uniti. I manuali per madri in attesa raccomandano l'uso di questo mezzo, ma non senza precauzioni: dopo un piccolo apprendistato per esercitarsi a salire e scendere bene i marciapiedi di città senza fare sussultare il bambino bisogna imparare a evitare per quanto possibile gli scatti e i sobbalzi, che causano vibrazioni che potrebbero dare reali inconvenienti al piccolo. Bisogna camminare sempre molto dolcemente. Infine, ultima raccomandazione da fare: non lasciare mai, nemmeno per un istante, la carrozzina mentre si cammina; la più piccola negligenza può essere causa, soprattutto nelle grandi città, di spaventosi incidenti.¹¹

Oggi, in Europa e nei paesi industrializzati, la carrozzina e poi il passeggino superaccessoriatati fanno parte del corredo obbligatorio e indiscusso come mezzi di trasporto per un bambino piccolo. I genitori hanno solo l'imbarazzo della scelta!

Altri mezzi di trasporto

Oltre ai mezzi "a ruote" oggi i genitori possono scegliere anche supporti ausiliari per portare i bambini addosso. Di facile reperibilità nei negozi per la prima infanzia si trovano marsupi e zaini delle maggiori case produttrici per prodotti della prima infanzia; mentre nei negozi specializzati e soprattutto in internet si trovano supporti "alternativi".

Trasportare un bambino "a ruote" o trasportarlo addosso; in Europa oggi si può scegliere come, se e quando trasportare il proprio bambino con una soluzione o con l'altra.

¹¹ *Ibidem.*

Anche se il trasporto a ruote è ancora la soluzione scontata, mentre il trasporto addosso ha l'aria di essere una soluzione "alternativa", quest'ultima sta conquistando punti per una comodità diversa da quella prettamente fisica-posturale di chi porta. Infatti, nelle giungle delle città, in metrò, sull'autobus, nei negozi stretti, nei centri commerciali, ma anche in montagna oppure in campagna molti genitori cominciano a preferire il marsupio alla carrozzina per motivi di comodità e di libertà di movimento.

Affermare che il marsupio sia sempre la soluzione "più comoda" e "meno faticosa" però è irragionevole, soprattutto quando si trasporta un bambino che ha superato i sei mesi. Infatti portare non si esaurisce nella sua funzione di mezzo di trasporto ottimizzato. Se fosse solo una questione tale non si spiegherebbe il fatto che molte popolazioni continuano a portare i loro bambini nonostante le loro città abbiano le strade asfaltate.

Si spiega soltanto se portare viene considerata una pratica che si integra nel modello di cura dei bambini piccoli di una popolazione, un aspetto altrettanto importante nel considerare la realtà portata nel mondo oggi.

II.2. PORTARE COME MODALITÀ NEL MODELLO DI CURA

Le pratiche di *maternage* diffuse nelle diverse parti e culture del mondo sono molto varie e rispecchiano usanze, tradizione, ambiente, clima, stile di vita, situazione economica e sociale di una determinata popolazione. Nello studio trasversale comparativo su 186 società, industrializzate e non, di Murdock e White,¹² è emerso che nelle società tradizionali i bambini vengono portati dall'80-90% delle madri, nelle società non industrializzate dal 56%, mentre negli Stati Uniti i bambini passano solo il 25% del giorno a contatto fisico.

Dati confermati anche nello studio di Lozoff e Brittenham,¹³ che descrivono come nelle società tradizionali e non industrializzate il contatto corporeo del bambino con la madre o un altro adulto durante il giorno è più del 50%, mentre nelle società industrializzate la percentuale è molto più bassa.

¹² Murdock, GP, White, DR, *Standard cross-cultural sample*, "Ethnology", 1969;8:329-369.

¹³ Lozoff B, Brittenham G, *Cache or Carry*, "Pediatrics", 1979 Sep;95(3):478-483.

In uno studio britannico recente¹⁴ è stato rilevato che le madri tengono il loro bambino di 6 settimane in braccio addormentato oppure quando piange per una durata complessiva di 61 minuti nelle 24 ore. A un anno di vita questo tempo si riduce a 17 minuti. Ovviamente, questo è considerato il contatto “in più”, oltre al tempo per l’allattamento, il cambio e il bagnetto. Le madri britanniche, nello studio, spendono 3 ore e 27 minuti per la cura fisica dei loro bambini, mentre a un anno di vita sono 2 ore e 23 minuti nelle 24 ore. In un altro studio¹⁵ emergono dati simili, anche se il tempo del contatto corporeo sembra più alto. I bambini a 2 settimane di vita vengono tenuti in braccio per un tempo di 1 ora e 57 minuti al giorno, tempo che si aggiunge al tempo per l’allattamento (4 ore e 12 minuti). A sei settimane il tempo in braccio è aumentato a 2 ore e 11 minuti mentre il tempo per l’allattamento è ridotto a 3 ore e 38 minuti.

Al di là delle differenze tra culture, costumi, tradizioni, nell’etnopediatria¹⁶ si suddividono sostanzialmente due approcci nelle cure materne.

Da un lato c’è un approccio, che Balsamo chiama *ad alto contatto*, che corrisponde al concetto di *contatto prossimale*¹⁷ e al *modello pediatrico*,¹⁸ dall’altro lato troviamo l’approccio a *basso contatto* oppure *distale* oppure *il modello pedagogico*.

¹⁴ Baildam EM, Hillier VF, Menon S, Bannister RP, Bamford FN, Moore WMO, *Attentions to infants in the first year*, “Child: Care, Health, Development”, 2000, 26:199-216.

¹⁵ St. James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, and Sorgenfrei, *Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a “proximal” form of care*. “Pediatrics”, 2006;117:e1146-e1155. Recuperato a giugno, 2006 da <http://pediatrics.aapublications.org/cgi/reprint/117/6/e1146>.

¹⁶ L’etnopediatria è una disciplina recente nata in America, *che si pone l’obiettivo di studiare i differenti modelli di cure parentali per valutarne l’effetto sulla salute globale del bambino, in una prospettiva evuzionistica e transculturale. Si tratta di un lavoro congiunto di antropologi, pediatri e psicologi che cercano di capire in che modo la cultura modifichi lo stile di cure rivolte ai bambini e in che modo, a sua volta, lo stile di cure materne modifichi la crescita e il benessere dei bambini.* (Balsamo Elena, *Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via all’etnopediatria*, In: *La casa di tutti i colori, Mille modi di crescere*, Franco Angeli, 2002, p. 100).

¹⁷ Stork Hélène, *Enfances indienne. Etude de psychologie transculturelle e comparée du jeune enfants*, Paidos/Bayard editions, Paris, 1986.

¹⁸ LeVine RA et. al., *Child care and culture: Lessons from Africa*, “Cambridge University Press”, New York, 1994.

Il modello ad alto contatto

Questo approccio mira all'obiettivo di proteggere la salute (e quindi la sopravvivenza) dei bambini, quindi accetta e risponde ai loro bisogni innati.

Il modello ad alto contatto è caratterizzato da uno stretto e intenso rapporto fisico tra madre e bambino che inizia fin dalla nascita.

Il parto avviene in ambiente domestico, il neonato rimane per un lungo periodo a contatto pelle a pelle con la mamma, l'allattamento avviene a richiesta del bambino e per periodi prolungati. La notte il bebè dorme nello stesso letto con la madre o nelle immediate vicinanze e durante il giorno viene portato sulla schiena della mamma, che accompagna in tutte le attività quotidiane. I bambini godono dunque di un'esistenza da piccoli marsupiali che li immerge fin da piccolissimi nella vita degli adulti, alla quale partecipano attraverso tutti i loro sensi. I lattanti africani passano solo il 10% del loro tempo sdraiati. Appena sono in grado di muoversi e manipolare vengono lasciati liberi di esplorare l'ambiente che li circonda e gli oggetti che vengono loro offerti sono quelli reali, tipici dell'universo domestico.

La risposta al pianto dei bambini da parte degli adulti è immediata. (...) In questo contesto rientra il concetto di cure condivise, per cui l'impegno della crescita dei bambini non grava solo sulle spalle dei genitori, ma è suddiviso tra l'intera comunità.¹⁹

Riassumendo, il modello *ad alto contatto* prevede:

- nascita in ambiente domestico
- risposta immediata e diretta (tramite contatto corporeo) ai bisogni del bambino e quindi:
 - allattamento a richiesta
 - contatto pelle a pelle
 - portare
 - *cosleeping*
 - cure materne condivise

Il modello ad alto contatto è più frequente nelle società tradizionali, organizzate come cacciatori-raccoglitori, nelle società non industrializzate, nelle zone di clima caldo della terra, ed è diffuso in tutti i continenti.

¹⁹ Balsamo, *op. cit.*, p. 100.

La pratica del portare assume, in questo contesto, il significato di una modalità integrata nel modello di *maternage ad alto contatto*.

Il modello a basso contatto

Il maggiore obiettivo di questo approccio dovrebbe essere di *insegnare* ai bambini a diventare precocemente indipendenti dai loro genitori dal punto di vista emotivo, e di sviluppare spiccate capacità cognitive.

Il modello a basso contatto invece è caratterizzato da una relazione mamma-bambino basata prevalentemente sullo sguardo e sull'espressione verbale.

La nascita quasi sempre avviene in strutture altamente medicalizzate in cui si fa un notevole ricorso alla tecnologia. Il taglio del cordone ombelicale è immediato e il neonato viene per lo più separato dalla madre per essere sottoposto alle procedure di routine.

I lattanti occidentali passano il 70% del loro tempo sdraiati in un lettino o in una carrozzina, vengono nutriti per lo più al biberon e se al seno solo per i primi mesi di vita.

La notte i bambini dormono nel loro lettino e spesso anche in una camera separata da quella dei genitori. Di giorno passano da un contenitore all'altro: infant-seat, seggiolone, box, girello, etc. Più diventano autonomi nel movimento e più vengono limitati nelle loro libere attività.

Il modello a basso contatto, essendo prerogativa delle famiglie mononucleari, è infine caratterizzato da una non condivisione delle cure materne, tale per cui tutto l'oneroso impegno di accudimento del bambino grava unicamente sulle spalle della madre, solo sporadicamente supportata dal partner.²⁰

Riassumendo, il modello a basso contatto prevede:

- nascita industrializzata – separazione madre bambino
- risposta ai bisogni del bambino non immediata e per lo più “indiretta” (tramite surrogati)
- allattamento al seno minimo, spesso artificiale
- interazione diretta visiva e verbale con il bambino
- durante il giorno in contenitori vari
- sonno solitario
- famiglie mononucleari – cure materne non condivise

²⁰ Balsamo, *op. cit.*, p. 102.

Si può riassumere che questo modello si basa soprattutto sulla separazione corporea del bambino dalla madre per una gran parte del giorno e della notte, mentre prevede una forte interazione verbale e visiva con il piccolo in concomitanza con una risposta al pianto certo non immediata.²¹

Il modello a basso contatto è un modello “inventato” nel corso dell’industrializzazione e quindi relativamente recente (200 anni circa). Ancora oggi è il modello di *maternage* riconosciuto e di riferimento delle società industrializzate, la base della nostra *cultura visiva*.

I.2.1. Portare nelle società *ad alto contatto*

Molte, ma non tutte le società tradizionali e non industrializzate sono società ad alto contatto. Ci sono tante testimonianze importanti rispetto alle pratiche del portare, che impressionano sempre di nuovo antropologi, etnologi, giornalisti e missionari europei, provenienti da una cultura a basso contatto e dei quali riporto qualche impressione:

Le madri in Zimbabwe mi hanno più volte confermato che ogni bambino dopo la sua nascita per tre anni ha il diritto di vivere in groppa a sua madre. Questa “grippa” non è un termine spregiativo: si tratta della rupe sulla schiena del mondo. Nei linguaggi Bantu viene descritta con una propria parola, perché si tratta di una parte importante della schiena. Il bambino si trova “incollato” sul continente schiena in groppa, in quel luogo, che serve per spiccare il volo, nel luogo di partenza nel viaggio della vita.²²

I bambini nelle società ad alto contatto non piangono quasi mai, vivono immersi nel ritmo della vita della loro tribù, i loro bisogni primari vengono soddisfatti prontamente.

La famiglia africana è immancabilmente il quadro entro il quale il bambino scopre progressivamente il mondo. (...) Per un tempo assai lungo, e cioè fino a che possa camminare da solo, il bambino rimane a contatto strettissimo con la madre. Si può dire che la cultura fornisca un sistema di

²¹ Le madri americane resistono molto al pianto dei loro neonati. Al 43% del pianto del bambino non rispondono proprio. Vedi Schoen Regine A, *Natural Parenting - back to Basics in Infant Care*, “Evolutionary psychology” tratto da: <http://www.epjournal.net> -2007;5(1):102-183.

²² Imfeld Al, *In groppa*, su http://www.portarepiccoli.it/pp_io_ingroppa.html.

“nascita progressiva”, in un certo modo attenuando il trauma del passaggio dalla vita intrauterina a quella autonoma, almeno in senso psicologico. (...) Soddisfatto e confortato dal contatto fisico con la madre e dal senso di sicurezza che ne trae, sopporterà di buon grado durante il giorno tutte le scosse anche violente provocate dalla spesso dura attività materna (basti pensare alla molitura del miglio nel mortaio di legno), durante la quale non mancherà di fare anche i suoi pisolini, mentre dal suo sicuro marsupio potrà anche farsi una prima ma larga idea visiva del mondo esterno, nel villaggio, per la strada, al mercato, senza peraltro doversi direttamente impegnare.²³

Secondo l'osservatore si spiega così una percentuale di malattie mentali estremamente bassa.

Anche le osservazioni di Bateson e Mead su Bali riportano lo stile ad alto contatto:

Il bambino balinese è portato liberamente sul fianco, come nella maggior parte dei villaggi di pianura, sia dentro un'imbracatura, come a Bajoeng Gede, ma anche dove la mano della madre è sostituita dall'imbracatura, il bambino si adatta lo stesso, passivo e con totale flessibilità, ai movimenti del corpo della madre. Può anche dormire con il capo dondolante alla cadenza del pestello con il quale la madre batte il riso nel mortaio.²⁴

Portare, nell'approccio ad alto contatto, è una modalità per stare con i bambini ed è fisiologica, normale attività integrata. Una madre ad alto contatto non si aspetta di mettere giù il bambino al più presto per avere le mani libere e non si lascia neanche bloccare nelle sue attività quotidiane dal bambino al centro delle sue attenzioni. Si aspetta che il bambino stia con lei, addosso a lei, e lo porta con sé.

Valore simbolico attribuito al portare

Nelle società ad alto contatto esiste quindi una cultura del portare, che si esprime oltre che nella ricchezza dei supporti ausiliari anche nel linguaggio, in cui si trovano termini specifici per la pratica del portare i bambini.

²³ Rinaldi Niccolò, *L'invenzione dell'Africa*, edizioni la meridiana, 2005.

²⁴ Bateson G, Mead M, *Balinese Character*, Special Publication, New York:New York Academy of Science, 1974, p. 30, cit. in Montagu, *op. cit.* p. 111.

Ma il suo significato non è solo implicito. Lo psicologo Oumou Diodo Ly in *Les rituels du coucher de l'enfant*, spiega il significato simbolico del supporto per portare il bambino:

In Senegal si utilizzano due pezzi di tessuto (pagnes), ognuno dei quali riveste un ruolo preciso. Il primo pagne è quello che lega il bambino alla madre, viene tessuto artigianalmente e preparato, appena nato il bambino, dalla mamma o da una donna della famiglia materna. Servirà a portare il neonato fino al momento del distacco dal seno e poi passerà in eredità ai suoi fratelli minori. Esso rappresenta il ventre-utero materno ed è per questo che apparirà anche agli altri bambini che vivranno nello stesso luogo del corpo materno. Questa pelle comune al bambino e alla madre è importante quasi quanto il bambino stesso ed è perciò oggetto di attenzioni particolari: non deve per esempio mai essere lasciata fuori di notte perché potrebbe essere utilizzata per esercitare il malocchio nei confronti del bambino, che potrebbe ammalarsi e anche morire. Il secondo pagne invece è una specie di coperta – e come tale viene anche utilizzata – che viene posta sopra al primo pezzo di tessuto: è un dono della famiglia paterna ed appartiene esclusivamente al bambino, che lo porterà con sé anche quando sarà cresciuto e lascerà la famiglia per andare a studiare lontano da casa. Questo secondo pezzo di tessuto rappresenta il processo di differenziazione e separazione del bambino nei confronti della madre e degli altri fratelli e svolge la funzione di pelle rinforzata e invulnerabile.²⁵

Globalizzazione e perdita della pratica del portare

Sulla scia della globalizzazione e nella rincorsa dei paesi del Sud del mondo ad adeguarsi ai valori occidentali, sembra che la pratica del portare stia scomparendo. Al Imfeld lo constata con rammarico: “purtroppo il mondo visto dalla groppa sta scomparendo e di conseguenza anche lo sguardo e l’inizio spirituale diverso della vita”.²⁶

Nelle grandi metropoli in Cina (Shanghai, Pechino) non si porta più da tempo; portare i bambini è rimasta una tradizione radicata nelle remote campagne. Ma ci sono anche altri esempi:

²⁵ Balsamo, *op. cit.* p. 176

²⁶ Imfeld, *op. cit.*

In un articolo pubblicato sul “Washington Post” viene riportato che la vendita dei passeggini a Nairobi, capitale del Kenya, è decisamente un *flop*. Anche se i passeggini hanno fatto il loro ingresso ormai in tutte le grandi metropoli africane, sono considerati scomodi, non adatti e addirittura dannosi per i bambini e la relazione madre-bambino. Frank Njenga, uno psichiatra infantile di Nairobi, afferma: “La carrozzina è il mezzo per spingere il bebè via dalla madre. Il bambino sulla schiena invece segue la madre al caldo e al massimo comfort. I bambini si sentono più sicuri e persone più sicure sono persone più felici”. Anche Carol Mandi, una manager africana, non ha dubbi: “Ci sono tradizioni antiche che gli africani oggi lasciano perdere. Ma portare sulla schiena, allora questo è proprio una tradizione meravigliosa, che rende il bambino stabile emotivamente e la madre legata. Non possiamo smettere di essere donne africane anche se siamo state catapultate nel mondo moderno. Cosa succederà dopo? Che ci diranno di non allattare più in pubblico? Non esiste!”²⁷

Migrazione e portare

Le donne provenienti da una società ad alto contatto e immigrate nell’Occidente cambiano le loro cure nei confronti dei bambini, si adeguano al nostro modello oppure mantengono il loro approccio ad alto contatto? Generalmente sembra che riescano a mantenere il proprio stile di *maternage*. Ma la loro vita, indubbiamente, subisce dei grandissimi cambiamenti, che possono anche influire sulle cure materne.

Probabilmente il maggiore cambiamento che affrontano è quello della mutata struttura familiare. Se nel paese di origine le donne potevano contare su una famiglia estesa e condividere la cura dei bambini, in Italia spesso si trovano sole, ridotte alla famiglia minuscola, spesso in condizioni di isolamento sociale, senza il sostegno della comunità. Nel caso in cui la donna debba lavorare fuori casa si pone il problema della custodia, e spesso le madri sono costrette a separarsi dai figli e riportarli nel paese d’origine dove se ne occuperanno i membri della famiglia estesa al suo posto. Se

²⁷ Wax Emily, *African mothers see baby strollers as abhorrent fad. Tradition of carrying children upheld; ‘they can’t sit like lumps’*, <http://sfgate.com/cgi-bin/article.cgi?f=/c/a/2004/05/20/MNG6Q6O4LI1.DTL>, prima pubblicazione su “San Francisco chronicle”, 2004, rivisitato il 25.3.2007

invece sta a casa, insieme al bambino, spesso continua le cure tradizionali nei suoi confronti, continua a tenere il bambino a contatto, a portarlo in casa e fuori.²⁸ D'altronde si nota che soprattutto la pratica del portare è soggetta a cambiamenti. Probabilmente perché in Italia esiste una scelta di mezzi alternativi per contenere e trasportare il bambino proposti come più comodi e dalle donne avvertiti come più adatti al modello sociale vigente.

Parlando con le donne di una comunità marocchina in Italia, le giovani non vogliono portare i loro piccoli nel modo tradizionale (con una fascia corta sulla schiena) perché si vergognano delle loro antiche tradizioni, che considerano così arretrate. Pertanto sembra loro più appropriato spingere la carrozzina come tutte le donne italiane. Solo all'interno delle mura domestiche qualcuna ammette sottovoce di mettersi il bambino addosso. Oppure che è la nonna a metterselo sulla schiena quando piange.

Le donne provenienti dall'Africa Centrale invece portano ancora i loro piccoli nel modo tradizionale, anche se ultimamente sembra che molte portino i neonati in un marsupio occidentale, mentre spingono il passeggino con il bambino più grande.

La perdita della pratica tradizionale del portare per le comunità immigrate non solo è un valore perso, ma può mettere a rischio lo sviluppo adeguato del bambino. Spesso queste madri che cercano di adeguarsi al modello a basso contatto non sono abituate a interagire in modo non corporeo con i loro bambini, attraverso l'espressione vocale e l'interazione visiva, tipiche del modello a basso contatto. Se la pratica del portare viene tralasciata, ma non rimpiazzata da un'adeguata stimolazione e un'interazione visiva e vocale, il bambino riceve una stimolazione sensoriale scarsa che può determinare un ritardo nel suo sviluppo senso-motorio. Sarebbe molto importante valorizzare le donne immigrate nelle loro pratiche tradizionali ad alto contatto.

²⁸ Martini Nives, *Mamme e bambini stranieri-Continuità, fratture e riadattamenti in emigrazione*, in Chinosi Lia, *Sguardi di mamme*, Franco Angeli, 2002.

LINK E INDIRIZZI

Associazioni e siti specifici in Italia

PORTARE I PICCOLI®

Il termine “portare i piccoli” nasce nel 2001 insieme alla nostra prima figlia e si sviluppa e si evolve durante gli anni successivi. Alla nascita della nostra seconda bambina nel 2005 viene depositato come marchio; la registrazione definitiva avviene nel marzo del 2009.

Ma che cos’è? “Portare i piccoli” è più di una dicitura semplice e fortunatamente efficace, che viene volentieri presa in prestito da chi si occupa oggi del tema:

- da più di dieci anni è sinonimo di informazione oggettiva rispetto al perché e il come portare i bambini piccoli addosso al proprio corpo.
- È da sempre un approccio multidisciplinare al tema, con una solida base di conoscenze e nozioni collegati tra biologia comportamentale, antropologia, e psicologia.
- Dal 2003 tutela la qualità della consulenza professionale e della formazione ad operatori, promuovendo esplicitamente la modalità del portare nel quadro della relazione genitore-bambino, nell’ascolto e nel rispetto reciproco e considerando i bisogni individuali di ciascuno.
- Dal 2003 “Portare i piccoli” è l’ombrello di una serie di etichette, prima mancanti in lingua italiana, che determinano e definiscono in modo univoco alcuni aspetti teorici e soprattutto le tipologie dei supporti pratici per portare (per esempio fascia lunga e fascia elastica). Definizioni che da diversi anni trovano ampio riscontro da chi si occupa del tema e dalle realtà commerciali che producono supporti specifici.
- Nel 2007, “Portare i piccoli” diventa il titolo del mio libro in cui, per la prima volta, spiego in modo ampio lo sviluppo del mio approccio e il significato più profondo che attribuisco alla modalità del portare i bambini.
- Dal 2001 ad oggi “Portare i piccoli” è sinonimo di un cammino per oltre millecinquecento coppie genitori-bambini che io e le mie colleghe istruttrici Portare i Piccoli abbiamo accompagnato e accompagniamo nel loro percorso individuale.

www.portarepiccoli.it

Dal 2002 sito di informazione dedicato al perché e al come portare. Curato da Esther Weber.

www.portarepiccoli.org

Sito ufficiale dell’Associazione culturale portare i piccoli, che da dieci anni promuove un’informazione e formazione oggettiva e indipendente rispetto al significato del portare i piccoli.

272 Portare i piccoli

Dal 2013 l'associazione culturale ha sede a Milano, Via Monzambano 13.
Si trova su fb "associazione portare i piccoli". Email: associazione@portareipiccoli.org

BLOG DI ISTRUTTRICI PORTARE I PICCOLI

www.mammacanguro.blogspot.it
www.mammematte.org
www.bambinonaturale.it/le-nostre-rubriche/camminare-con-i-bambini/
www.alberoestella.it
www.associazioneilmelograno.it
www.conipiedinellemani.it

ALTRE REALTÀ CHE PROMUOVONO IL PORTARE IN ITALIA:

<http://www.bambigioi.it>
<http://www.scuoladelportare.it>
<http://www.bimbinfascia.it>

LINK COMMERCIALI IN ITALIA

Nella pagina dei link commerciali su www.portareipiccoli.it/link.htm segnaliamo solo dei link per l'acquisto di supporti di ottima e comprovata qualità. Alcuni supporti di qualità sicura qui di seguito:

FASCIA LUNGA

- fascia lunga Bellicomeilsole, www.bellicomeilsole.it
- fascia lunga Didymos, www.didymos.de
- fascia lunga Lana, in Italia da: www.superbimbi.com
- fascia lunga ctm altromercato, presso le botteghe del mondo e negozi ctm altromercato
- Fascia lunga Neobulle, tra altre una fascia lunga di cotone biologico certificato, filiera di produzione francese, www.neobulle.com, in Italia da: www.bebevda.com

Elenco dei link aggiornato sul sito www.portareipiccoli.org

FASCIA ELASTICA

- Tricot Slen della Babylonia
- in Italia da: <http://www.bambigioi.com> oppure da un rivenditore di zona

TIPO MEI TAI

- BB Tai di Babylonia
- in Italia da <http://www.bambigioi.com> oppure da un rivenditore di zona
- Didy Tai della Didymos
- <http://www.didymos.de/it>

TIPO AMACA

- BB Sling di Babylonia
- in Italia da <http://www.bambigioi.com> oppure da un rivenditore di zona
- Didy Sling di Didymos
- <http://www.didymos.de/it>

TIPO MARSUPIO

- Ergobabycarrier
- <http://www.ergobaby.eu/it/>
- Manduca
- <http://www.manduca.de>
- in Italia da rivenditore di zona o per corrispondenza

Questo libro è disponibile su

bambinonaturale.it

ACQUISTA

