

# Piccoli sordi stranieri: il filtro della cultura e la difficile attuazione degli interventi sanitari

Marisa Bonomi

---

*Psicoterapeuta infantile Psiba, Associazione Marcoli, Brescia*

L'articolo, attraverso la descrizione delle vicende di una bambina indiana di 9 anni sottoposta all'Impianto Cocleare (IC), esemplifica la singolare complessità della situazione in cui vengono a trovarsi il bambino straniero e i soggetti che hanno il compito di curarlo. Viene evidenziato come solo abbandonando una posizione etnocentrica, e prendendo in considerazione il progetto migratorio della famiglia e la prospettiva di vita futura del bambino, sia possibile realizzare interventi efficaci.

La bambina alla quale si fa riferimento nell'articolo è stata sottoposta a due Impianti Cocleari a distanza di quattro anni, dopo il suo arrivo in Italia. In situazioni simili, è necessario accompagnare i genitori e il bambino per aiutarli non solo a comprendere l'intervento dei medici, ma anche a esprimere le loro ansie e aspettative. L'esperienza relativa alle visite domiciliari dimostra come sia possibile impedire che un'azione di cura, all'interno di una situazione già di per sé a rischio, si possa trasformare in un ulteriore elemento di destabilizzazione.

Parole chiave

---

Bambino, Sordità, Straniero, Visite domiciliari, Impianto Cocleare.

## Introduzione

Lo scopo del presente scritto, frutto del nostro intervento di visite domiciliari a sostegno delle famiglie straniere con bambini sordi, è quello di fornire una riflessione relativa ai genitori migranti e ai loro bambini che, di fronte alla malattia, si trovano in una posizione particolarmente difficile.

Per la famiglia straniera che proviene da aree geografiche esterne al mondo definito «occidentale», la malattia ha un significato culturale di cui si deve tenere conto nella costruzione del quadro terapeutico. Gli interventi che noi offriamo alle famiglie devono essere rispettosi dell'alterità e favorire non l'opposizione o la rottura, ma la creazione di legami fra i due mondi ai quali lo straniero appartiene (Moro, 2002).

Anche se questa sfida è molto difficile da raccogliere, in questi ultimi anni in Italia, sulla suggestione soprattutto di esperienze francesi, ci sono state sperimentazioni molto interessanti, ad esempio con l'attuazione di dispositivi di cura innovativi nell'ospedale milanese «San Paolo», o con lo studio di strumenti psicodiagnostici nuovi nella Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna.

Stanno fiorendo un po' ovunque corsi di formazione transculturale, per operatori della sanità, dell'assistenza, del volontariato e del mondo scolastico. Il tutto, però, è lasciato in gran parte all'iniziativa del singolo, in quanto mancano direttive ufficiali in materia. Ci troviamo, in questo passaggio epocale, a essere traghettatori dal nostro mondo a uno nuovo, meticcio, che stiamo costruendo con fatica, tutti insieme (ibidem).

Per motivi legati alla diversità culturale e linguistica, lo straniero che deve usufruire dei servizi di un operatore della sanità o dell'area psicoterapeutica/psichiatria rischia spesso di essere valutato con strumenti inadeguati, perché pensati per un utente occidentale e, di conseguenza, si trova privo dei mezzi necessari per capire la diagnosi che gli viene comunicata e per aderire alla cura proposta, comprendendone il funzionamento, l'utilità e le possibili conseguenze. Diventa quindi tangibile il rischio di essere oggetto di un «maltrattamento teorico» (Sironi, 2011), cioè di essere vittima di teorie, pratiche o dispositivi terapeutici inadeguati, di tipo sia psicologico che medico: ciò si verifica quando una certa pratica è applicata a una realtà clinica la cui specificità viene ignorata (ibidem).

In questi ultimi cinque anni abbiamo lavorato, con tempi e modalità diversi, con 21 famiglie straniere di cui 11 con figli sordi, appartenenti all'area indopakistana, di religione musulmana o sikh. Queste situazioni sono state segnalate, con un accordo attivo dal 2007, dai medici del Servizio di Audiofoniatria Infantile di Brescia, all'Associazione «Mons. G. Marcoli», fondata nel 2001 per sostenere la genitorialità in famiglie in cui sono presenti persone sorde.

Il nostro tipo di intervento, centrato sulle visite domiciliari, si richiama al modello teorico dell'*Infant Observation* di Esther Bick (1964), che rappresenta uno

strumento straordinario per l'osservazione della costruzione dei legami affettivi fra il bambino e i suoi genitori, all'interno del loro ambiente naturale. In questo contesto si richiedono, a chi effettua la visita, l'osservazione empatica del processo di sviluppo del bambino e il sostegno alle risorse di chi ha il compito di farlo crescere, sospendendo qualsiasi atteggiamento giudicante.

Tale metodica, nata come training nella formazione degli psicoterapeuti di orientamento analitico, è stata successivamente adattata a contesti diversi. Il terapeuta può infatti osservare con lo stesso assetto mentale il bambino in situazioni varie: al nido, alla scuola dell'infanzia, in ospedale, ecc. Nel nostro lavoro abbiamo dovuto introdurre dei cambiamenti rispetto al setting iniziale definito dalla Bick (ibidem): così è stata diradata, secondo le necessità e la disponibilità delle famiglie, la cadenza temporale delle visite che, in base a quanto previsto dal modello, avrebbero dovuto essere settimanali. Questo per evitare vissuti di intrusione in quanto lo sguardo dello psicologo-osservatore, nel contesto culturale di queste famiglie, può essere letto con una valenza persecutoria. Ancora maggiore, rispetto alle situazioni usuali, è stata l'attenzione a evitare inferenze e interpretazioni culturalmente condizionate (Maiello, 2009). Abbiamo poi fornito alle famiglie un tipo di sostegno che comprendeva non solo l'osservazione partecipe della crescita dei bambini, ma anche un accompagnamento nei contatti con i servizi del territorio, nell'iter terapeutico del bambino sordo e nel suo inserimento scolastico.

Nelle visite, della durata media di 90 minuti, è stata introdotta la figura del mediatore linguistico-culturale, strumento indispensabile per facilitare il passaggio da una lingua all'altra, che rappresenta un importante «ponte» tra mondi diversi. La presenza del mediatore, appartenente alla stessa cultura della famiglia, favorisce lo scambio di informazioni tra i genitori e l'osservatore e permette l'accesso a contenuti caratterizzati da una specifica connotazione culturale che, altrimenti, rimarrebbero inespressi. Tale figura è di grande utilità in quanto aiuta lo psicologo a comprendere le logiche tradizionali presenti in queste famiglie.

È risultato essenziale, in questo tipo di intervento, utilizzare competenze di tipo non solo clinico, ma anche transculturale, maturate dalla psicoterapeuta che effettuava le visite, attraverso una formazione specifica all'Université Paris XIII, dove ha conseguito un Diploma Universitario in Psichiatria Transculturale. Il lavoro con le famiglie ha previsto un confronto costante tra la psicoterapeuta responsabile del progetto e il medico otorino di riferimento.

All'interno della nostra casistica abbiamo dato spazio in particolare alle vicende di V., una bambina sorda indiana di 9 anni, in quanto il suo caso si presta a illustrare efficacemente la generale difficoltà e la complessità della situazione di cura in cui può trovarsi la famiglia straniera.

## Terapie della sordità e famiglie migranti

Nelle visite domiciliari a famiglie pakistane e indiane in cui sono presenti figli sordi, provenienti nella totalità dei casi dalla regione agricola del Punjab,<sup>1</sup> abbiamo constatato quanto la loro considerazione della sordità, delle sue cause e dei possibili rimedi possa essere diversa dalla nostra (Elahi, 1998; Hussain, 2002) e quanto sia difficile per i genitori gestire la prescrizione medica relativa all'utilizzo regolare delle protesi e alla terapia logopedica rivolta al bambino.

In generale tutti i genitori della nostra casistica, che provengono da villaggi in cui ci si cura con erbe fornite da guaritori o con pratiche spirituali come preghiere, voti ai templi, ricorso ai Baba, riti e strumenti di protezione (Kakar, 1982), si aspettano esiti miracolistici dagli interventi terapeutici della medicina occidentale, ritenuta molto più efficace della loro. Il medico di formazione occidentale, che ha a che fare con la vita e la morte, è tenuto in grandissima considerazione e gli vengono attribuiti poteri fuori dall'ordinario (Taylor, 1997).

La conseguenza è che questi genitori fanno molta fatica a percepire l'utilità di un prolungato e intenso lavoro sull'ascolto e sulla parola e non riescono a comprendere il funzionamento delle protesi o dell'Impianto Cocleare (IC): più semplicemente, immaginano che, dopo l'applicazione degli ausili, il bambino «guarirà» e non sarà più sordo.

Durante una visita domiciliare presso la famiglia di A., mi informo sulle condizioni di salute del bambino (3 anni), che ha appena iniziato a utilizzare le protesi e a frequentare la scuola dell'infanzia. Il papà, pur esaltando i progressi uditivi rilevati, mi comunica che il bambino in questo periodo è sempre malaticcio perché una 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 un attacco d'invidia.

Quando un bambino si ammala, la famiglia cerca di dare un significato a quello che succede e per far ciò si basa anche sulla cultura d'origine (Moro et al., 1994; Moro, 2002). In questo modo elementi culturali tradizionali si mescolano alle novità introdotte dall'incontro con la medicina occidentale, a volte vista, come nell'esempio precedente, in modo ambivalente, poiché rappresenta uno strumento che aiuta ma che, al tempo stesso, può anche danneggiare.

---

<sup>1</sup> Relativamente alla popolazione di bambini stranieri sordi presenti nel comune di Brescia e provincia, disponiamo solo di dati aggiornati al 2010, forniti con una comunicazione personale dal Dirigente del Servizio di Audioprofonia Infantile: su un totale di 551 casi valutati, gli stranieri sono 106, di cui 31 impiantati. Dei 445 sordi italiani, gli IC sono stati 59. I bambini sordi dell'area indo-pakistana (Pakistan, India, Bangladesh) sono 24, di cui 7 con IC.

Il fatto di tenere conto dell'iscrizione della malattia nella cultura d'appartenenza accresce la capacità terapeutica degli operatori. Per poter considerare questi nuovi riferimenti bisogna però sapere che esistono, e che sono molteplici (ibidem). Così, la richiesta al bambino di guardarci in viso, osservando la nostra bocca mentre gli parliamo, non tiene conto del fatto che nelle società tradizionali, come quelle indo-pakistane o africane, il mondo degli adulti e quello dei bambini sono separati (Ochs e Schieffelin, 2006; Rabain-Jamin, 2001; Rogoff, 2006). Ai piccoli si insegna a rispettare le persone più anziane e questo atteggiamento si manifesta anche tenendo lo sguardo abbassato davanti a loro; di conseguenza, guardare negli occhi l'altro può rappresentare un segno di sfrontatezza.

Gli scambi comunicativi e ludici dei bambini generalmente coinvolgono più il gruppo dei pari che gli adulti (Rabain-Jamin, 2001; Wenger, 2009). Anche la richiesta di coinvolgimento dei genitori nell'esecuzione dei compiti di scuola o di logopedia cade per lo più nel vuoto: i bambini piccoli o in difficoltà vengono affidati agli altri fratelli (Weisner e Gallimore, 2009). Abbiamo però notato che, nel nostro gruppo di 11 famiglie, tre mamme particolarmente sensibili ai bisogni dei figli e desiderose di apprendere l'italiano si sono dimostrate molto responsabili nel sostenere la terapia logopedica dei figli, sforzandosi esse stesse di riproporre a casa il lavoro svolto dalla logopedista.

Per il resto dei genitori che abbiamo seguito, il passaggio dall'attesa del miracolo alla consapevolezza che la terapia del bambino comporta un intenso coinvolgimento della famiglia per un tempo anche molto lungo rappresenta una rivoluzione copernicana, che non sempre è possibile realizzare e che comunque si costruisce con lentezza e molta sofferenza.

Per loro è un aiuto pensare alla sordità come a qualcosa voluto da Dio: è come se ciò permettesse di sentirsi meno colpevoli per la malattia del figlio. Infatti nella religione musulmana ogni cambiamento proviene da Dio (Nathan, 2001), per cui tutto va accettato in quanto voluto da Lui, compresa la disabilità dei figli. Questa posizione, di per sé comprensibile, può però portare la famiglia a manifestare un atteggiamento di disinteresse nei confronti delle terapie rivolte a soggetti con disabilità. Anche nell'induismo, la rappresentazione culturale della malattia è profondamente diversa da quella fornita dal pensiero medico occidentale e può costituire un intralcio alle cure: gli induisti vedono, infatti, nella malattia uno strumento di purificazione, che dà la possibilità di riparare a cattive azioni commesse in precedenza dal soggetto o da altri membri della famiglia e consente di innalzare lo spirito a Dio.

Una mamma mi dice, mentre le facciamo visita in ospedale, dove il suo bambino è stato appena operato per l'IC, che è stato Dio a volere la sordità del figlio. Dio ha fatto un orecchio del bambino chiuso e l'altro un po' aperto: su quest'ultimo sono intervenuti i dottori, che le hanno detto che fra un mese il bimbo ci sentirà e parlerà.

Sarebbe stato meglio se tutto ciò non fosse avvenuto, ma la mamma spera che, proprio per la sofferenza causata dalla presenza della sordità, Dio non le manderà ulteriori disgrazie. Questi individui concepiscono l'handicap come una specie di ombrello protettivo, che li può riparare dalla possibilità di essere colpiti da altre sventure.

La straordinaria complessità di una protesi come l'IC non può che favorire nel genitore, per lo più sprovvisto di conoscenze anatomiche e tecnologiche e in grave difficoltà a comprendere le comunicazioni del medico, l'accendersi della speranza di una guarigione immediata del bambino, illusione che solo molto gradualmente lascia spazio alla comprensione realistica della situazione.

Per questi genitori, la terapia «occidentale» si mescola liberamente con i rimedi tradizionali, che vengono conservati: la recita quotidiana di qualche Sura del Corano; la visita, quando si torna in Pakistan, alla tomba di un santo importante; l'uso di medicine a base di erbe per rafforzare i muscoli della bocca e del collo, fino ad arrivare al cambiamento del nome del bambino, in quanto si pensa che un nome sbagliato possa portare male, provocare malattie e perfino la morte (Kakar, 1982; Real, 1997; 2006; Taylor, 1997; Vasishtha, 2002).

I viaggi e i lunghi soggiorni nel Paese d'origine provocano assenze che disturbano l'organizzazione del lavoro degli operatori e costituiscono una perdita di tempo prezioso per la riabilitazione del bambino. È stato osservato anche che i bambini che si recano in vacanza al Paese d'origine durante l'anno fanno fatica a adeguarsi ai ritmi scolastici e mostrano una percezione diversa del tempo (Laudereau, 1994). La totalità delle famiglie che abbiamo seguito ha fatto rientri nel Paese d'origine più o meno lunghi, dovuti a vari motivi: lutti, matrimoni, desiderio di rivedere i parenti, ecc. A volte c'è stata per i padri la necessità di allontanare mogli e bambini per lunghi mesi per risparmiare sul loro mantenimento.

Il viaggio per rientrare in patria e soggiornare dai parenti è atteso con molto entusiasmo dagli adulti e anche dai bambini nati in Italia, perché rappresenta l'occasione per immergersi negli affetti e nelle proprie radici, per tornare al Paese di origine un po' come degli eroi che hanno avuto il coraggio di partire in cerca di fortuna. Il viaggio di solito ha delle ricadute positive sulla vita familiare. Ho potuto osservare due mamme che, dopo aver vissuto con gravi difficoltà la loro condizione di madri straniere sole, senza il sostegno della famiglia allargata, erano tornate in Italia meno depresse e con più risorse da spendere con i figli, dopo un lungo soggiorno nel loro Paese.

I bambini, invece, al loro rientro purtroppo mostrano quasi sempre di aver perso in parte le acquisizioni faticosamente apprese nei mesi precedenti, ma in compenso sembrano molto sereni. L'esperienza riparatrice dell'immersione nel mondo affettivo delle proprie origini, dove il sostegno della famiglia allargata favorisce la condivisione dei problemi e dove c'è posto anche per l'accettazione religiosa o fatalistica del bambino disabile, sostiene sia le mamme che i figli.

## **Interventi specialistici e rischi di traumi cumulativi per i piccoli sordi stranieri**

### *Interventi riabilitativi e vissuto emotivo dei bambini*

I genitori stranieri che abbiamo conosciuto ignorano il nostro modo di curare il bambino sordo: i servizi sanitari della regione del Punjab, ma pure di gran parte dell'area indo-pakistana, non offrono alcuna terapia ortofonica, né hanno strutture per interventi tecnologicamente sofisticati; addirittura non è neppure obbligatorio che i bambini con deficit frequentino la scuola (Elahi, 1998).

Al contrario nella nostra società, che non valorizza il gruppo, ma l'individuo, la riabilitazione rappresenta una prassi obbligatoria. Un genitore italiano che tenesse in casa la figlia in quanto sorda e femmina sarebbe perseguibile dalla legge: in India o in Pakistan, invece, è ancora possibile che questo accada, senza che ci sia riprovazione sociale nei confronti della famiglia. Abbiamo conosciuto dei genitori che pensavano di poter fare la stessa cosa anche in Italia. Nelle società non occidentali la disabilità viene accettata e fatta propria dalla famiglia allargata, dal gruppo: ciò permette di alleggerire l'ansia dei genitori biologici, ma può anche essere fonte di grande trascuratezza per il bambino (Real, 1997).

Al contrario, i valori di democrazia e di eguaglianza che contraddistinguono la nostra società rappresentano una garanzia per la tutela anche dei bambini più sfortunati, che hanno diritto a essere educati e curati per quanto è loro possibile.

Dobbiamo però tenere presente che il nostro tipo di intervento presenta sempre un aspetto ambivalente, in quanto è uno strumento fondamentale d'aiuto per il bambino, che può recuperare capacità danneggiate e crescere in forma più armonica e adeguata all'ambiente in cui si trova, ma può essere anche vissuto dal piccolo come una testimonianza della sua inadeguatezza a soddisfare i desideri della madre e le richieste del mondo circostante (Bouvet, 1986).

L'immagine di sé del bambino dipende in grande misura, oltre che dai suoi fattori costituzionali, dalla relazione che viene a crearsi con i genitori e con tutti i soggetti che si occupano di lui. In questo contesto, il logopedista e tutte le persone che costruiscono una relazione costante con il piccolo rivestono un ruolo importante nel suo processo di crescita.

La situazione in cui il terapeuta si trova è delicata e complessa: nella sua formazione professionale gli aspetti medici e tecnici hanno grande importanza, ma viene data per scontata la sua capacità di instaurare una buona relazione con il bambino e la sua famiglia (Bosco, 2011), obiettivo che, invece, non è sempre facile da raggiungere. Infatti, uscire dal ruolo asettico della tecnica professionale per lasciarsi attraversare dalle emozioni, dalle paure e dalle speranze suscitate dal bambino e dalla sua famiglia può anche far paura e spingere il professionista a difendersi trincerandosi dietro un sapere puramente tecnico (Fagandini, 2005). Al contrario,

i sentimenti che proviamo sono uno strumento prezioso per capire l'altro, non con la ragione, ma con il cuore: di conseguenza, essi vanno riconosciuti, accettati e rielaborati. Il nostro controtransfert emotivo deve integrarsi con il sapere tecnico, perché in tal modo riusciremo a vedere il bambino non solo come un soggetto deficitario da curare, ma anche come un essere completo, portatore di bisogni e di diritti universali.

L'incontro con persone che provengono da culture diverse dalla nostra può suscitare nell'operatore intense reazioni emotive, per quanto di segno opposto. Così l'idealizzazione di una civiltà esotica ci può impedire di coglierne gli aspetti che appaiono inaccettabili. O, al contrario, la diversa strutturazione della famiglia straniera e del ruolo dei genitori, la loro difficoltà a aderire alla nostra visione della disabilità e della terapia, perfino i loro vestiti, i cibi e gli odori possono provocare nell'operatore forti reazioni di estraneità e sollecitare pregiudizi (Devereux, 1984; Sturm, 2006). Ad esempio, si può scambiare per disinteresse dei genitori quello che, in realtà, è un dato culturale:

La logopedista Z. si lamenta di avere invitato più volte, senza successo, i genitori di J., bambino pakistano, a fornire le foto dei componenti della sua famiglia, in quanto questo materiale risultava indispensabile per effettuare il lavoro con il piccolo. La logopedista pensa che il bambino a casa non sia seguito con la dovuta attenzione; in realtà, forse i genitori non hanno compreso il senso della sua richiesta o non sono stati in grado di leggere l'avviso in italiano. Queste persone possono pensare anche che sia pericoloso affidare le proprie immagini a qualcuno che, con questo «doppio», può procurare loro del male!

Sarebbe molto utile, per chi lavora con gli stranieri, poter organizzare il lavoro in modo da avere spazi di discussione e riflessione con i colleghi sulle difficoltà vissute nel rapporto con l'Altro. Il coinvolgimento dei genitori nella realizzazione del percorso terapeutico risulta complesso e difficile; anche l'operatore si trova ad affrontare situazioni per le quali non esistono indicazioni certe.

Le mamme indiane e pakistane per lo più non conoscono l'italiano, anche se vivono in Italia da molti anni; in casa si parla urdu o hindi, senza prestare grande attenzione alla comunicazione con i bambini sordi, con i quali ci si intende all'occorrenza con qualche gesto. La raccomandazione dei terapisti ai genitori stranieri, fino a qualche anno fa, era quella di parlare con i bambini in italiano; si arrivava così alla situazione valutata dai linguisti come la peggiore: l'adulto parlava con il bambino una lingua che lui stesso padroneggiava male, attraverso cui non passavano né contenuti adeguati, né vissuti affettivi (Abdelilah-Bauer, 2008).

Ora tende a prevalere la direttiva opposta: si chiede, infatti, ai genitori di parlare in lingua madre, suggerendo una buona pratica bilingue che però, nella realtà, va bene solo per gli udenti. Infatti, per un piccolo sordo pakistano o indiano, l'esposizione contemporanea a due lingue verbali è una situazione troppo complessa,

che crea notevole confusione; certamente anche il sordo può essere bilingue, ma solo partendo dalla Lingua dei Segni come lingua madre (Grosjean, 1999). La sua difficoltà a comunicare diventa poi un ostacolo alla creazione delle relazioni familiari e alla comprensione dell'ambiente esterno, difficilmente decifrabile dagli stessi genitori migranti, che perciò non sono in grado di accompagnare il bambino nella scoperta graduale del mondo (Winnicott, 1957).

### *Interventi chirurgici*

La *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia* dell'ONU (1989) afferma che i bambini devono essere ascoltati quando si affrontano problemi che li riguardano direttamente; bisogna quindi dare a questi ultimi la possibilità di esercitare questi diritti secondo le loro capacità, che sono soggette a un continuo sviluppo. Ne consegue che un'istituzione sanitaria non dovrebbe occuparsi solo dell'aspetto fisico della malattia, ma dovrebbe anche farsi carico *in toto* del bambino, che deve essere consapevole delle terapie che lo riguardano, avere la possibilità di esprimere il suo parere ed essere adeguatamente sostenuto nel percorso terapeutico, così come i suoi genitori, naturali tutori del benessere psicofisico del bambino.

Numerosi studi hanno dimostrato come l'informazione adeguata sulla malattia e la cura riduca l'ansia e lo stress del paziente adulto, favorendone la partecipazione attiva al processo terapeutico e alla guarigione. In parallelo, altre ricerche hanno evidenziato come i bambini «preparati» agli interventi chirurgici mostrino una riduzione del disagio e siano più collaborativi con i medici.

Quando il paziente è un bambino, il primo problema che si pone è come parlargli: spesso vengono usati termini e modalità comunicative che sono fuori dalla portata delle capacità cognitive dei piccoli, con l'esito di lasciarli in balia delle loro fantasie e di spiegazioni della malattia più o meno magiche. Di solito i medici affidano ai genitori il delicato compito di fornire informazioni, ma gli stessi adulti sono spesso lasciati soli ad affrontare il carico emotivo che la situazione suscita.

Sembra che i bambini riescano a comprendere la malattia secondo un processo stadiale, sulla base del modello piagetiano, per cui la comprensione della malattia dipenderebbe principalmente dal livello di sviluppo cognitivo del bambino.

Gli esponenti della teoria del costruttivismo sociale sostengono che è soprattutto grazie all'interazione con gli altri, in condizioni socio-relazionali adeguate, che il bambino può mediare le proprie idee e giungere a ricostruzioni cognitive: ciò accadrebbe anche relativamente alla conoscenza della malattia, degli agenti patogeni e delle cure.

Gli studiosi di formazione psicodinamica, invece, attenti agli elementi intrapsichici, ci introducono nel mondo interno del bambino, al quale occorre fare riferimento per comprendere le ripercussioni emotive della malattia.

Fin dagli anni '50, Anna Freud ha indagato il ruolo della patologia fisica nella vita psichica del bambino e ha dimostrato che le risposte affettive e cognitive, i comportamenti sociali che compaiono a seguito di una malattia e delle cure che ne conseguono sono l'esito dei vissuti relativi alla patologia stessa. Tali vissuti possono facilitare il processo di guarigione o, al contrario, rendere difficili il recupero fisico e lo sviluppo psicologico successivo del bambino (Freud e Bergmann, 1974).

A seconda del significato psichico che l'esperienza del dolore, della malattia o di un intervento chirurgico riveste per il bambino, possiamo osservare in quest'ultimo reazioni molto diverse, che vanno da sentimenti di rabbia, ira, fino a stati depressivi e a sensi di colpa, con atteggiamenti di eccessiva sottomissione alle richieste dell'ambiente. L'elemento più importante in questo contesto non sembra essere tanto la gravità della malattia o dell'intervento chirurgico, quanto l'interpretazione e l'elaborazione che il piccolo ne fa, in base alla sua età e alle fantasie che vengono risvegliate dall'intervento medico. Alcuni bambini superano la situazione ricorrendo alle risorse del loro Io; altri sviluppano meccanismi di difesa fino alla formazione di sintomi nevrotici; altri ancora, con un Io più debole, possono vivere come un trauma l'intervento del chirurgo (ibidem).

Ne consegue che, per rafforzare l'Io infantile e impedire che venga sopraffatto dalla malattia, bisogna supportare i genitori dei bambini più piccoli a funzionare da primi agenti di sostegno, mentre i bambini più grandi vanno aiutati a usare l'attività mentale e il pensiero per affrontare l'intervento medico, la riabilitazione e, a volte, l'incertezza del futuro (Solnit, 1987).

La situazione diventa estremamente complessa nel caso del bambino sordo, colpito dal deficit nella possibilità di interagire con l'ambiente e di ricevere spiegazioni relative alle pratiche sanitarie. Può succedere allora che i piccoli affrontino interventi, come quello dell'IC, senza averne molta consapevolezza. Gli studi su come il bambino viva ciò che gli adulti sembrano decidere per lui, quali spiegazioni riceva e con quali attese lo affronti sono esigui (Fagandini, 2005). Per quanto riguarda poi le condizioni specifiche dei bambini sordi stranieri in Italia, solo di recente esse hanno iniziato a essere oggetto d'indagine (Bosco e Nicastri, 2011).

Da parte nostra proponiamo qualche riflessione da cui esulano gli elementi più propriamente medici, quali il funzionamento e le potenzialità dell'IC e i requisiti necessari per la scelta dei candidati.

Lo scopo del nostro scritto non è valutare l'opportunità né l'efficacia di questa pratica: miriamo piuttosto a stimolare una riflessione sulla complessità della situazione in cui vengono a trovarsi il bambino sordo straniero e gli adulti che si occupano della sua cura e del suo benessere.

Vorremmo evidenziare il pericolo di pratiche mediche segnate dall'etnocentrismo, rischio sempre presente quando si interviene con persone appartenenti a

un'altra cultura. Possiamo infatti utilizzare, nella cura del piccolo sordo straniero, le nostre conquiste scientifiche più avanzate, senza però considerare che la sua situazione specifica è straordinariamente complessa. Forse potrebbero essere attuati interventi meno sofisticati, ma che tengano in maggiore considerazione elementi fondamentali, quali il progetto migratorio della famiglia e la prospettiva di vita futura del bambino, all'interno di scelte dettate dalla cultura di appartenenza.

## **La storia di V.<sup>2</sup>**

La storia che vogliamo illustrare, come caso emblematico, riguarda una bambina nata in India nel 2002, con sordità profonda bilaterale di tipo neurosensoriale, operata in Italia per il primo IC a 5 anni. È in terapia logopedica oralista presso il Servizio di Audiofoniatria Infantile degli Ospedali Civili di Brescia; nella stessa città frequenta la Scuola Audiofonetica, istituzione per bambini sordi e udenti, al cui interno è seguita settimanalmente da una logopedista a orientamento oralista. Dai compagni e dall'educatrice sorda assistente alla comunicazione ha appreso anche la LIS (Lingua Italiana dei Segni).

Abbiamo conosciuto, nel nostro ruolo di psicologhe scolastiche, la piccola V. al momento del suo inserimento nella scuola dell'infanzia; successivamente l'abbiamo persa di vista in quanto è cessato il nostro impegno lavorativo presso l'istituto. L'abbiamo ritrovata dopo quasi due anni, tra le famiglie segnalateci dal Servizio di Audiofoniatria Infantile: nel frattempo era stata sottoposta a IC. Dal 2007 seguiamo la famiglia con visite domiciliari, con la costante presenza della mediatrice linguistico-culturale di origine indiana.

### *Dall'India all'Italia*

La famiglia di V. proviene da un villaggio agricolo indiano, dove sono rimasti i nonni e gli zii che non sono emigrati. Il legame con il Paese d'origine appare ancora forte: la mamma dice che non passa giorno senza che pensino all'India. V. si presenta come una bella bambina di 9 anni, dallo sguardo attento e pensoso e dal portamento aggraziato, ereditato dalla mamma, giovane donna dai modi gentili ed eleganti, che sembra incarnare le caratteristiche di mitezza e, al tempo stesso, di fermezza tipiche dei Sikh.

V. ha trascorso i primi 4 anni della sua vita in casa dei nonni, sempre affettuosamente partecipi delle sue vicende, e con la mamma. Il suo nome, in inglese, è

---

<sup>2</sup> Hanno operato su questo caso la psicoterapeuta Marisa Bonomi, la mediatrice linguistico-culturale Mathur Shafali e l'educatrice Marzia Brignani. Il medico otorino di riferimento è stata la dott.ssa Maria Grazia Barezzani, Primario del Servizio di Audiofoniatria Infantile.

stato scelto dal nonno paterno e significa «Amore»; è stato poi reso indiano con un suffisso tipico.

La sordità, di tipo profondo, è stata scoperta precocemente: la mamma è molto attenta alla bambina e ne segue con cura la crescita. La giovane donna ha frequentato le scuole superiori; le sarebbe piaciuto diventare insegnante, ma ha dovuto contrarre da giovanissima un matrimonio combinato dalla sua famiglia. Il marito è emigrato dapprima in un Paese europeo; successivamente si è stabilito in Italia, dove è stato raggiunto dalla moglie e dalla figlia.

I genitori avevano comperato le protesi per la bimba in India, ma non c'era stato un miglioramento della sua situazione. Neppure frequentando la scuola dell'infanzia V. aveva trovato aiuti specifici per il suo problema, per cui dopo un breve periodo di tempo era rimasta a casa. La mamma, dopo aver raggiunto il papà in Italia, aveva pensato che finalmente avrebbe potuto trovare la soluzione al problema della figlia.

Sperava nella guarigione dalla sordità: parlando con noi della situazione di V., usava un verbo che richiama l'idea di una guarigione miracolosa; ha perciò aderito con facilità, insieme al padre, alla proposta dei medici di fare l'IC alla figlia, perché questa sembrava essere la soluzione definitiva del problema. In realtà i genitori non avevano compreso bene in che cosa consistesse l'IC e come sarebbe stato utilizzato; la mamma si era rivolta agli insegnanti del corso di italiano che frequentava e alle educatrici della scuola dell'infanzia di V.: ad esse aveva manifestato le sue preoccupazioni con le poche parole di italiano che conosceva («operazione testa...»), e aveva cercato di farsi spiegare il dépliant sull'IC che le era stato dato in ospedale. Era un periodo difficile per lei, che esprimeva la sua solitudine con un modo di dire indiano: *Ghar khane ko aata hai* («la casa mi mangia»).

In Italia V. era stata inserita in una scuola dell'infanzia speciale frequentata da bambini sordi e udenti: non aveva mostrato difficoltà nella separazione dalla madre, ma il suo disorientamento era evidente piuttosto nella continua imitazione dei bambini sordi. All'inizio non comunicava né a segni né a parole; cercava di spiegarsi con gesti spontanei, usava un sorriso compiacente e un comportamento passivo per essere accettata e benvola. Pur essendo molto impegnata nel controllo visivo dell'ambiente e dell'attività dei compagni, aveva anche degli interessi personali: era molto attratta dalle illustrazioni dei libri, in modo particolare da quelle che potevano ricordare aspetti del suo Paese d'origine.

Al momento dell'attivazione dell'IC (V. aveva 5 anni) si è sfortunatamente manifestata una rara complicazione per cui, a ogni utilizzo della protesi, l'attrazione della calamita provocava alla bambina un'intensa e dolorosa sensazione, una scossa, che la faceva scoppiare in lacrime. Per un anno si sono alternati periodi in cui la bambina riusciva con il pianto a non farsi mettere la protesi ad altri in cui, con manovre coercitive, chi si occupava di lei le imponeva di forza l'IC. Solo nella

prima classe della scuola primaria l'impianto ha iniziato a funzionare, sebbene non in maniera ottimale. Alla bambina è stato attribuito a lungo un comportamento capriccioso; i risultati deludenti, a detta dei terapisti, rispetto alle mete che V. avrebbe dovuto conseguire con l'IC spinsero gli operatori a proporre ai genitori un secondo intervento, che finalmente avrebbe permesso di raggiungere i risultati sperati. L'ipotesi, però, non suscitò il consenso né dei genitori né dei nonni in India, già contrari al primo impianto: non volevano, diceva il nonno, che una bambina così bella soffrisse! Anzi, desideravano che la bimba tornasse a vivere con loro, verso i 9-10 anni. L'opposizione al progetto da parte della mamma era molto timida, coerentemente con il suo stile di estremo rispetto verso chi curava sua figlia: ma dentro di sé si sentiva sola e a disagio, «accusata» di non aiutare fino in fondo la sua bambina.

Alla scuola primaria V. appariva attenta, volenterosa e continuava il suo cammino di apprendimento in modo soddisfacente; rispetto alla scuola dell'infanzia era diventata un po' più spontanea, aveva instaurato un importante legame d'affetto con le educatrici e risultava molto benvoluta, per la sua disponibilità e gentilezza, da tutti i compagni di classe. Durante le nostre visite domiciliari la bambina, che non comunicava con la lingua verbale ma con qualche suono e segno spontaneo o appartenente alla LIS, ci manifestava tutto il suo interesse per l'apprendimento scolastico e il suo desiderio di essere apprezzata, mostrandoci i suoi quaderni e disegni, perfetti e ordinati.

La mamma sembrava poco fiduciosa nelle possibilità di V.: se le educatrici gratificavano la bambina, chiedeva a noi se il giudizio positivo corrispondeva a un dato reale; era confusa dalla diversità di giudizio espressa dai terapisti della bambina e dagli opposti consigli che, a distanza di tempo, riceveva relativamente alla modalità comunicativa da adottare con V.: prima le era stato detto di parlare in italiano, lingua che la mamma non padroneggiava bene, poi di utilizzare la sua lingua d'origine, che la bambina non capiva e non riusciva a riprodurre. Alla fine aveva deciso, con il marito, di parlare in italiano con la figlia, ma al tempo stesso aveva pensato di insegnarle i nomi dei nonni e dei parenti in lingua punjabi trascritti in italiano.

### *La preparazione al secondo intervento*

Quando vengo informata del secondo impianto a V. resto molto meravigliata perché, nell'ultimo incontro a casa, prima delle vacanze, niente faceva presagire che i genitori stessero considerando questa possibilità. In estate avevamo conosciuto i nonni venuti dall'India per vedere i nipoti: ero rimasta molto colpita dal calore con cui la nonna paterna si era rivolta a me, raccomandandomi di prendermi cura della nipote.

La notizia del secondo impianto suscita in me numerosi interrogativi: andrà meglio del primo? V. lo tollererà, dal momento che ultimamente fa fatica a portare le protesi? Come vivrà l'intervento? Riuscirà a vederne l'utilità? La nonna mi ha «affidato» V. e io cosa dovrei fare?

Concordo con l'équipe del Servizio di Audiolfoniatria e con la famiglia di intensificare il nostro lavoro: faremo quattro visite alla famiglia prima dell'intervento chirurgico, non più mensili, ma con cadenza settimanale. I protocolli degli incontri verranno trasmessi all'otorino di riferimento, in modo che l'azione medica possa essere integrata con una conoscenza più completa delle speranze, dei dubbi e delle difficoltà della famiglia. Oltre alla mediatrice indiana Shafali, verrà con me anche l'educatrice Marzia della scuola di V., che è sorda segnante, il che ci permetterà di comunicare senza difficoltà con la piccola.

Lo scopo del nostro intervento è quello di fornire alla bambina informazioni, permetterle di manifestare la sua ansia, vedere se ha ricordi del primo impianto; con la mamma ci proponiamo di dare spazio alle sue motivazioni e alle sue aspettative.

V. ricorda subito il primo impianto: ci fa un viso dolorante, socchiude gli occhi, fa delle smorfie. Le diciamo, attraverso Marzia, che sappiamo come il primo impianto le abbia procurato dolore senza che gli adulti intorno a lei se ne siano resi conto: la sosteniamo nella speranza che il secondo impianto andrà bene. Le chiediamo se ha paura dell'ospedale, dell'intervento: la bambina ci guarda sorpresa come se nessuno glielo avesse mai chiesto, sorride e non risponde. Ripetiamo la domanda e V., finalmente, afferma con molta decisione: «Sii!!». La mamma è stupefatta per la forte reazione della figlia. Infatti, la piccola in precedenza aveva fatto capire alla mamma che amava i dottori, l'ospedale, perfino il cibo che vi aveva mangiato.

Entrambi i genitori portano come motivazione all'intervento le parole dei medici. È stato detto loro: «È un'opportunità per vostra figlia, sentirà meglio e parlerà meglio...». Anche i nonni se ne sono convinti, dopo aver sentito il parere di alcuni specialisti indiani.

Nonostante ciò, la mamma è comunque in ansia: in tutte e quattro le visite ci ripete le stesse domande, ovvero cosa pensiamo noi dell'intervento. Ci dice che il marito va al lavoro, la bambina si distrae a scuola, ma lei tutto il giorno ha la testa piena di preoccupazioni. Mi chiede rassicurazioni su qualcosa che nessuno può garantire. Shafali, che in quei giorni viveva pure lei il problema di un imminente intervento chirurgico al suo bambino, è molto sensibile ai segnali di sofferenza anche non verbali della mamma e l'avverte come sempre più timorosa per la scelta fatta.

Fin dalla prima visita, cerco di alleviare la sua paura raccomandandole di mettere in atto, qui e nel Paese d'origine, tutti i rituali possibili per fare in modo che questo intervento abbia una buona riuscita. So che si possono fare dei voti presso i templi, promettendo offerte in denaro o cibo per i poveri. Ci sono preghiere, testi sacri da recitare su indicazione del sacerdote del tempio; inoltre ci sono amuleti

che contengono scritti religiosi, a protezione del bambino, che vengono appesi al collo, legati al braccio, alla vita, ecc.

Credo che il pensiero più doloroso per la mamma sia quello relativo al futuro di V. Nella cultura indù, come in quella musulmana, il compito più importante per l'individuo è continuare la vita, per cui tutti devono avere dei discendenti. Senza figli maschi non è neppure garantita la sepoltura secondo la tradizione. Ora, che ne sarà di V.? Quale suocera la vorrà per nuora? Bisognerà tornare in India per combinare il matrimonio: cosa farà V. del suo IC?

La mamma si rifugia nella riflessione «il futuro è nelle mani di Dio», che io le mostro di condividere: «È così anche per noi cattolici», le dico. Decidiamo che la maestra Marzia continui anche a scuola l'intervento con V. La bambina, da quando era venuta a conoscenza della decisione relativa all'impianto, aveva iniziato ad avere strani mal di pancia, che le permettevano di attirare l'attenzione dell'insegnante. Ogni tanto, apparentemente senza motivo, chiedeva informazioni sull'intervento («Fa male?»), e inoltre contava ogni giorno quanto tempo la separava dal ricovero.

L'educatrice organizza per V. un piccolo gruppetto di compagni sordi, tutti originari del Punjab: si trovano insieme per condividere esperienze di ricoveri, analizzare schede che riportano figure e strumenti medici, giocare ai dottori con una bambola che poi V. porterà con sé al momento del ricovero.

Con l'avvicinarsi dell'intervento di V., la mamma cerca conforto nella propria religione. Alla terza visita troviamo la televisione sintonizzata non sul solito programma di film d'amore bolliwoodiani, ma su un canale religioso. Si vede un gruppo di fedeli Sikh che pregano, ripetendo sempre la stessa frase, davanti ai sacerdoti che dirigono canti e preghiere.

Chiedo alla mamma se sta facendo qualcosa per la preparazione all'intervento, a protezione della bambina; lei dice di no, alludendo probabilmente a qualcosa di concreto come ciondoli e amuleti, ma racconta che sta insegnando alla piccola una preghiera in gurmukhi, che lei potrà recitare quando sarà sola in ospedale e avrà paura. Le prime parole sono: *Vahe guru, sat naam* («Il nome di Dio è la verità»). Il resto è difficile da pronunciare e la bambina non riesce a impararlo: è la stessa preghiera che recitavano nella trasmissione religiosa televisiva. Sono commossa dalla volontà della mamma di dare un accompagnamento simbolico a V. anche quando lei non potrà essere presente, affidandola a Dio.

L'ultima visita avviene di domenica, il giorno dopo la grande festa in città dei Sikh, suggestiva ed entusiasmante, che vede la partecipazione di migliaia di persone: una carica di positività che mi auguro abbia contagiato anche la bambina.

Portiamo a casa di V. qualche dolcetto, oltre alla bambola e al libro usati con il gruppo dei compagni a scuola. Ho acquistato una piccola, graziosa medaglia con un angioletto: spiego alla mamma la funzione protettiva dell'immagine e le dico di agganciarla alle mutandine della bambina quando sarà in ospedale. In

vista dell'intervento, ho già informato di ciò il medico otorino di riferimento, che è d'accordo e avviserà il collega chirurgo.

Il giorno dopo, in ospedale, nelle ore che precedono l'entrata in sala operatoria, V. manifesta la sua ansia chiedendo ripetutamente alla mamma quando l'infermiere sarebbe venuto a prenderla. Nel frattempo realizza due disegni: su di un foglio scrive a lettere molto evidenti, con un errore, «*IVERNO*», in mezzo a un cielo pieno di nubi scure, mentre sulla linea di terra c'è un pupazzo di neve. Sull'altro è rappresentata una grande casa, con molte finestre, circondata da un prato pieno di fiori, con un albero che porta nel tronco una cavità, con una scritta significativa: «*PRIMAVERA!*». Quando, attraverso Marzia, chiedo spiegazioni, la bambina mi dice che è la sua casa in India, mentre la neve è qui a Brescia. Resto molto colpita: mi torna alla mente come la mamma mi aveva descritto il suo arrivo in Italia con la piccola V. di quattro anni, parlando del freddo che le aveva avvolte all'aeroporto.

Mi ricordo pure di avere letto che il pittore Gauguin, nei suoi ultimi giorni di vita a Tahiti, abbandonati i quadri dove ritraeva questa calda e affascinante isola, aveva concluso un paesaggio invernale dell'amata Bretagna, che si era portato incompiuto da Parigi, nel suo ultimo viaggio. Rifletto su come l'uomo, nei momenti difficili, cerchi forza e conforto nel ricordo di un mondo accogliente e mitizzato, là dove si sono intessuti i rapporti affettivi che formano la trama della sua vita.

V. torna a scuola una settimana dopo l'intervento: accolta festosamente dai compagni, che le erano già stati vicini in ospedale facendole pervenire affettuosi pensiero, meraviglia le educatrici per il suo comportamento socievole. Porta al collo un cordoncino nero (è il colore più efficace contro il malocchio), con l'angioletto protettore che mostra a tutti, come pure le parole della preghiera insegnata dalla mamma, scritte sulla prima pagina del quaderno. Racconta agli amici la sua esperienza come se fosse un'avventura che la rende importante e, durante la ricreazione, cerca l'amica che frequenta la scuola secondaria di primo grado, che pure ha fatto il secondo IC, confrontandosi con lei sulle modalità del ricovero.

«Non ha più lo sguardo della bambina... è coraggiosissima, ti dà forza!» dice Marzia. V., che è sempre stata impaurita da insetti, lucertole, folate di vento, adesso non sobbalza più sulla sedia se una mosca le si posa vicino. È come se l'esperienza di essere stata accolta nelle sue difficoltà, preparata e sostenuta per l'intervento, per di più consecutivo a un primo mal riuscito, le avesse consentito di sentirsi più forte e fiduciosa nelle sue capacità e le avesse permesso di fare un salto evolutivo. Dopo qualche giorno l'impianto è stato attivato senza problemi.

## Conclusione

La storia di V. finisce qui: non è nostro intento fare una valutazione delle scelte dei medici e dei genitori; ci interessa solo mostrare come, davanti al bambino

straniero, l'intervento sanitario debba essere collocato e modulato all'interno del contesto di vita del piccolo paziente. I genitori hanno bisogno di essere accompagnati per capire gli interventi medici, le loro conseguenze e le possibili alternative; bisogna dare tempo e spazio al loro sapere e alla necessità di esprimersi in lingua materna (Moro, De La Noe e Mouchenik, 2006).

Ogni intervento, se attuato senza un'adeguata preparazione, si può trasformare per un bambino in un atto di incomprensibile violenza, che condiziona la sua percezione del mondo circostante, la possibilità di fidarsi degli altri, le aspettative di vita futura. Il rischio è quello di aggiungere al trauma della migrazione (Moro, 2002) altri elementi potenzialmente destabilizzanti.

Il bambino straniero, come tutti i bambini, ha bisogno che l'adulto gli parli di ciò che succede a lui e alla sua famiglia. Dare parola aiuta a controllare meglio e a ridimensionare sentimenti forti di paura, ansia e rabbia, promuovendo la mentalizzazione. Parlare di ciò che succede non serve solo al bambino, ma anche all'adulto, che sarà meno angosciato.

L'esperienza che abbiamo fatto con V. e la sua famiglia ci indica che, in momenti particolarmente difficili, c'è bisogno di un aiuto speciale, che può essere dato dallo psicologo, dall'insegnante, dal mediatore, attraverso un intervento pensato e tradotto in un linguaggio accessibile al bambino.

Per comunicare in forma soddisfacente con V. è stato necessario, come in situazioni analoghe segnalate da altri studiosi (Bosco e Nicastri, 2011), integrare il linguaggio verbale con la LIS, in modo che la bambina potesse avere strumenti espressivi più adeguati a lei. Questo ci ha fatto riflettere sull'opportunità di utilizzare anche la lingua gestuale per questi bambini, accanto a quella verbale che difficilmente riescono a padroneggiare bene (Bosco et al., 2011; Virole, 2004).

Dobbiamo accogliere una sfida molto complessa: adattare i nostri strumenti a realtà nuove, imparando a curare queste famiglie e i loro bambini senza chiedere che diventino simili a noi (Moro, 2002).

## RINGRAZIAMENTI

Grazie al Fondo per l'infanzia «Vincenzo e Itala Visenzi» per il generoso sostegno fornito a tutto il nostro lavoro con le famiglie straniere.

## Abstract

---

The life events of a nine-year-old Indian girl subject to a Cochlear Implant illustrate the particular complexity of the situation experienced by a foreign child and those who are responsible for her care. Accordingly, it is only possible to achieve effective interventions by abandoning an ethno-centred position, while bearing in mind the family's migratory plan and the child's prospects for the future.

The child was subjected to two Cochlear Implants over a period of four years after her arrival in Italy. In similar situations there is a need to provide care for the parents and the child to help them not only understand the doctors' intervention, but also to express their anxieties and expectations.

The experience of home visits proves how medical treatment can be prevented from transforming into a further destabilising factor in a situation that is already risky in its own right.

## Keywords

---

Child, Deafness, Foreign, Home visits, Cochlear Implant.

# BIBLIOGRAFIA

- Abdelilah-Bauer B. (2008), *Il bambino bilingue*, Milano, Raffaello Cortina.
- Associazione Marcoli (2001), *Atti del Convegno «Genitori e bambini a rischio. La prevenzione precoce»*, Brescia, Università Cattolica.
- Associazione Marcoli (2008), *Atti del Convegno «Il trauma della migrazione e i bisogni della crescita. Piccoli sordi in terra straniera»*, Brescia, Università Cattolica.
- Bianchi di Castelbianco F., Capurso M. e Di Renzo M. (2007), *Ti racconto il mio ospedale*, Roma, MaGi.
- Bick E. (1964), *Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicanalitico*. In V. Bonamino e B. Iaccarino (a cura di), *L'osservazione diretta del bambino*, Torino, Boringhieri, pp. 70-89.
- Bosco E. (2011), *Il logopedista come buon comunicatore ed esperto della relazione*, «Logopedia e comunicazione», vol. 7, n. 1, pp. 47-57.
- Bosco E. e Nicastri M. (2011), *L'Impianto Cocleare in bambini sordi immigrati di prima e seconda generazione*, «Logopedia e comunicazione», vol. 7, n. 1, pp. 97-109.
- Bosco E., Mancini P., Nicastri M., Traisci G. e Carlitti B. (2011), *L'utilizzo formale del canale visuo-gestuale nei bambini portatori di impianto cocleare. Come, quando e perché*, «Logopedia e comunicazione», vol. 7, n. 1, pp. 57-69.
- Bouvet D. (1986), *La parole de l'enfant sourd*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Cummins J. (1992), *L'educazione bilingue: Ricerca ed elaborazione teorica*, «Il Quadrante Scolastico», n. 55, pp. 54-69.
- Devereux G. (1984), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Roma, Treccani.
- Elahi M. (1998), *Pediatric hearing loss in rural Pakistan*, «The Journal of Otolaryngology», vol. 27, n. 6, pp. 348-353.
- Fagandini G. (2005), *Corso di formazione per logopedisti*, Reggio Emilia, Ospedale «S. Maria Nuova».
- Freud A. e Bergmann T. (1974), *Bambini malati*, Torino, Einaudi.
- Grosjean F. (1999), *The right of the deaf child to grow-up bilingual*, «Deaf worlds», vol. 15, n. 2, pp. 29-31.
- Hussain R. (2002), *Lay perceptions of genetic risks attributable to inbreeding in Pakistan*, «American Journal of Human Biology», n. 14, pp. 264-274.
- Kakar S. (1982), *Shamans, mystics and doctors: A psychological inquiry into India and its healing traditions*, New York, Alfred A. Knopf Inc.
- Laudreau C. (1994), *Les mères soninké et la santé de leur enfants à Paris*, «Revue Européenne de Migrations Internationales», vol. 10, n. 3, pp. 175-188.

# BIBLIOGRAFIA

- Lieberman A.F. e Pawl J.H. (1996), *Psicoterapia genitore-bambino*. In C. Zeanah, *Manuale di salute mentale infantile*, Torino, Masson, pp. 379-392.
- Maiello S. (2009), *L'Infant Observation e la dimensione culturale*. In M. Francesconi e D. Scotto di Fasano (a cura di), *Apprendere dal bambino*, Roma, Borla, pp. 191-203.
- Moro M.R. (1994), *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Paris, PUF.
- Moro M.R. (2002), *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*, Paris, La Découverte.
- Moro M.R., De La Noe Q. e Mouchenik Y. (2006), *Manuel de psychiatrie transculturelle*, Grenoble, La Pensée Sauvage.
- Moro M.R. et al. (1994), *Il bambino e la sua cultura di appartenenza*. In S. Lebovici e F. Weil-Halpern (a cura di), *Psicopatologia della prima infanzia*, Torino, Bollati Boringhieri, pp. 100-167.
- Nathan T. (2001), *Curare. Il virus e il feticcio*, Bologna, Clueb.
- Ochs E. e Schieffelin B. (2006), *Acquisizione del linguaggio e socializzazione. Tre racconti evolutivi*. In E. Ochs, *Linguaggio e cultura*, Roma, Carocci, pp. 117-159.
- Organizzazione delle Nazioni Unite/ONU (1989), *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia*, <http://www.unicef.it/doc/599/convenzione-diritti-infanzia-adolescenza.htm>.
- Rabain-Jamin J. (2001), *Language use in mother-child and young sibling interactions in Senegal*, «First Language», n. 21, pp. 357-385.
- Real I. (1997), *Filiation, affiliation et handicap dans la migration*, «Champ Psychosomatique», nn. 11-12, pp. 101-115.
- Real I. (2006), *Antropologia del bambino in alcune culture tradizionali e implicazioni cliniche*, Milano, Cooperativa Sociale «Crinali».
- Rogoff B. (2006), *Imparando a pensare. L'apprendimento guidato nei contesti culturali*, Milano, Raffaello Cortina.
- Seligman S. (1999), *Applicazione della psicoanalisi in un contesto non convenzionale*. «Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale», vol. 17, n. 2, pp. 144-163.
- Sironi F. (2011), *Violenze collettive*, Milano, Feltrinelli.
- Solnit J. (1987), *Prefazione*. In A. Freud et al., *L'aiuto al bambino malato*, Torino, Boringhieri, pp. 13-18.
- Sturm G. (2006), *Le racisme et l'exclusion*. In M.R. Moro, Q. De La Noe e Y. Mouchenik, *Manuel de psychiatrie transculturelle*, Grenoble, La Pensée Sauvage, pp. 265-279.
- Taylor I. (1997), *Buddhas in disguise*, San Diego, DawnSignPress.
- Vasishtha M. (2002), *Deaf in Delhi*, Washington, DC, Gallaudet University Press.

# BIBLIOGRAFIA

- Virole B. (2004), *Les implantations cochléaires et la langue des signes, une cohérence fondatrice*. In M. Gorouben e B. Virole (a cura di), *Le bilinguisme aujourd'hui et demain*, Parigi, CTNERHI, pp. 165-188.
- Weisner T. e Gallimore E. (2009), *Bambini e fratelli che si curano di altri bambini*. In R. Le Vine e R. New, *Antropologia e infanzia*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 427-439.
- Wenger M. (2009), *Lavoro, gioco e relazioni tra bambini Giriama*. In R. Le Vine e R. New, *Antropologia e infanzia*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 473-503.
- Winnicott D. (1957), *Il bambino e la famiglia*, Firenze, Giunti.

