



**Donne,  
riproduzione  
e  
salute  
comunitaria**



PATRIZIA QUATTROCCHI

# in un villaggio maya dello Yucatán (Messico)

In questo saggio analizzerò le strategie elaborate dalle donne indigene maya dello Yucatán (Messico) al fine di gestire il processo riproduttivo. Per “strategie riproduttive” intendo le modalità di elaborazione e trasmissione dei saperi e delle pratiche che riguardano la riproduzione (fecondità, sterilità, gravidanza, parto, puerperio, cure infantili). L'intento è fornire una riflessione sulla capacità di elaborazione di saperi propri da parte di gruppi apparentemente marginali nell'amministrazione della cosa pubblica. Cercherò di mostrare come questi saperi riescano ad affermarsi attraverso l'utilizzo di meccanismi espressivi ed operativi alternativi a quelli dominanti; e di comprendere se modalità di gestione differenti da quelle egemoni apportino un valore aggiunto alla gestione di un bene collettivo come la salute.

Il contesto al quale farò riferimento è quello del *municipio* yucateco di Kaua<sup>1</sup>, situato nella parte orientale dello stato dello Yucatán. Il villaggio conta circa 2.000 abitanti e rientra in una zona considerata “ad alta densità indigena” nella quale più del 90-95% della popolazione parla la lingua maya yucateca<sup>2</sup>. La conoscenza dello spagnolo è molto diffusa, soprattutto tra i giovani e la generazione intermedia. Gli abitanti del villaggio vivono principalmente dei pro-

<sup>1</sup> Il termine *municipio* indica un'unità territoriale simile al nostro comune, che comprende il villaggio principale (*cabecera*) e alcune frazioni (*comisarias*). Kaua è allo stesso tempo il nome del *municipio* e della *cabecera*.

<sup>2</sup> Le lingue maya sono una trentina, a volte così lontane dalla lingua originaria (o protomaya, collocata da molti linguisti nella parte occidentale del Guatemala e risalente a 4.000 anni fa) da risultare mutuamente incomprensibili ai parlanti di diversa etnia. Le lingue maya maggiormente parlate oggi sono il maya yucateco (diffuso in Messico) e i maya quiché e mam (diffusi in Guatemala).



dotti della *milpa*, un sistema agricolo itinerante che prevede il disboscamento, la bruciatura e la coltura periodica dei terreni, per poi abbandonarli a fini rigenerativi. I principali prodotti coltivati sono mais, fagioli e ortaggi, che costituiscono la base della dieta locale.

Oggi il lavoro agricolo non soddisfa molto le giovani generazioni, che preferiscono impiegarsi come lavoratori stagionali nei centri turistici della costa caraibica o emigrare negli Stati Uniti. La diffusione di modelli e stili di vita occidentali ha innescato profonde lacerazioni generazionali che incidono sulla vita quotidiana delle giovani coppie. Ciò nonostante, molte famiglie continuano a vivere secondo lo stile di vita tradizionale, con gli uomini di casa che si occupano del lavoro dei campi e le donne che svolgono le loro attività prevalentemente nell'ambiente domestico (preparazione dei pasti, cura della casa, dei figli e degli animali da cortile). Seppur immersi nei cambiamenti che investono l'intera società messicana, i maya yucatechi sono ancora portatori di una cultura percepita e rivendicata come autoctona. Si differenziano dalla popolazione meticcia<sup>3</sup> non tanto per i tratti fisici più marcati (colore della pelle più scura, zigomi alti, statura inferiore, capelli dritti e neri) o per l'uso quotidiano della lingua indigena, ma per il loro auto-riconoscersi come parte di una tradizione differente, che si esprime in un diverso rapporto con l'ambiente circostante e con la comunità. Si tratta di un processo identitario frutto di elaborazioni secolari e di continue ri-negozziazioni, che avvengono oggi all'interno di processi di globalizzazione e, in passato, attraverso quelli di colonizzazione.

I maya yucatechi furono i primi mesoamericani ad entrare in contatto con i *conquistadores*<sup>4</sup> e la conquista del territorio avvenne appena nel 1527 con la spedizione capeggiata da Francisco de Montejo. Le popolazioni locali furono ridotte in villaggi strutturati (*reducciones*) che avevano la funzione di concentrare la popolazione indigena in aree limitate e facilmente controllabili. L'espropriazione delle terre indigene fu una conseguenza quasi naturale di questo processo, che culminò nell'assoggettamento a nuova giurisdizione non solo della terra ma anche degli abitanti che vi risiedevano. Le conseguenze sociali ed economiche della nuova organizzazione furono devastanti per le comunità locali, che

<sup>3</sup> In Messico viene comunemente definita meticcia (o ladina) la popolazione che vive prevalentemente nelle aree urbane e che non si riconosce come etnia indigena, ma appartiene in generale alla "nazione messicana". I meticci (o creoli) erano in epoca coloniale coloro che ascendevano alla mescolanza di antenati spagnoli e *indios*.

<sup>4</sup> Hernán Cortés sbarcò sulle coste dello Yucatan nel 1519.

si trovarono dinnanzi ad interi insediamenti distrutti, famiglie e gruppi parentali divisi e all'annientamento delle strutture agricole tradizionali.

L'evangelizzazione fu un altro processo non facile nella nuova colonia, che diede però anche vita a complessi meccanismi di difesa, rielaborazione e rifunzionalizzazione delle pratiche antiche, non solo religiose. Concetti e simboli condivisi (tra questi ultimi la croce) permisero, per esempio, ad alcuni personaggi del *pantheon* precolombiano di sopravvivere fino ad oggi, celandosi sotto il nome di un santo cattolico o di una festa patronale. In processi come questi, elementi che possono apparire "arcaici" o "tradizionali" sono a volte elaborazioni successive, che attingono a quella mescolanza di idee, di pratiche e di saperi che la colonizzazione europea ha messo in atto. Del resto, come per altre culture che hanno subito un lungo processo di colonizzazione, è molto difficile stabilire quali siano gli elementi culturali propri e quali siano il frutto della fusione di diverse tradizioni. È ben più interessante, a mio avviso, comprendere i significati che una pratica culturale veicola *oggi* per le persone che la attuano o la preservano. Con questa prospettiva entro nel merito del contesto etnografico in cui ho lavorato.

Dal punto di vista sanitario a Kaua vi è un'offerta pluralistica di salute: da una parte il centro di salute aperto nel 1979, in cui lavorano uno studente di medicina in servizio sociale annuale e un'infermiera indigena; dall'altra, numerosi terapeuti tra i quali *curanderos* o *j-men*, (guaritori) *yerberistas* (erboristi), *hueseros* (aggiusta-ossa), *sobadores* (massaggiatori) e *parteras* (levatrici), che condividono un sapere basato sulla conoscenza delle piante medicinali e sull'esperienza empirica. Tra i diversi terapeuti, una funzione importante è svolta dalle levatrici (*parteras*) che appaiono come coloro che più hanno mantenuto un sapere omogeneo e strutturato e un ruolo sociale ben definito. Occupandosi essenzialmente di salute riproduttiva le levatrici non entrano in conflitto con gli altri terapeuti tradizionali, che vengono ricercati per la cura di malattie generalmente legate ad eziologie soprannaturali (come il *mal viento* nel caso dei *j-men*) o per trattamenti specifici (come una frattura nel caso del *huesero*)

Delle nove levatrici attive a Kaua quattro sono state le informatrici con le quali ho approfondito la conoscenza e delle quali ho osservato l'attività. La mia attenzione si è inoltre focalizzata sulle opinioni e sulle esperienze delle donne





(incinte e già madri) rispetto alle diverse modalità del parto in casa o in ospedale. La presenza del marito o della madre, l'assistenza di una terapeuta che parla la lingua maya e che ha seguito la gravidanza fin dall'inizio, la possibilità di partorire sull'amaca o in posizioni diverse da quella prevista dal lettino ospedaliero<sup>5</sup> il timore del taglio cesareo o dell'episiotomia: questi sono alcuni esempi di fattori che fanno ritenere migliore, alla maggioranza delle donne di Kaua, il parto in casa. Al contempo il rapporto tra operatori sanitari e levatrici indigene non è sempre conflittuale; al contrario, nei villaggi yucatechi la disponibilità di differenti risorse sullo stesso territorio rende l'assistenza "mista": durante la gravidanza la donna si reca sia dalla levatrice che al centro di salute. Le levatrici, dal canto loro, non sono terapeute estranee al sapere e alle pratiche biomediche: al contrario, collaborano generalmente con i centri di salute e sono sempre più informate rispetto ai protocolli sanitari richiesti dalla medicina scientifica. Nonostante la loro formazione continui ad essere basata sulla trasmissione orale dei saperi e sulla pratica empirica, la maggioranza delle levatrici ha partecipato ai corsi di *capacitación*, che hanno apportato nuove conoscenze al bagaglio di saperi tradizionalmente appresi. Questi corsi, introdotti a partire dagli anni settanta, hanno lo scopo di informare le terapeute già attive (e riconosciute come tali dalle loro comunità) sulla fisiologia riproduttiva e sui rischi del parto. Si tratta di esperienze rivelatesi a volte problematiche, tanto che diversi osservatori ne hanno sottolineato le criticità (inadeguatezza delle dinamiche relazionali del tipo allievo-maestro, scarso utilizzo della lingua indigena, poco utilizzo dell'immagine o di strumenti audiovisivi in un contesto in cui le generazioni più anziane sono analfabete, scarsa conoscenza delle pratiche indigene da parte dei formatori)<sup>6</sup> In ogni caso la capillare *capacitación* è servita per avvicinare le terapeute (e, tramite queste, le donne) al sistema sanitario nazionale e a fare in modo che i servizi di assistenza di base in materia riproduttiva siano maggiormente accessibili anche nelle aree rurali.

L'analisi delle strategie riproduttive adottate dalle donne indigene non può pertanto prescindere dal contesto dinamico in cui vengono elaborate. Si tratta di comunità in continuo cambiamento dovuto, come ho già detto, alla pre-

<sup>5</sup> Nella terminologia medica "posizione litotomica"

<sup>6</sup> Cfr. Brigitte Jordan, *Cosmopolitan Obstetrics: some Insights from the Training of Traditional Midwives*, «Social Science and Medicine», 28, 9, 1989, pp. 925-944; Sheila Cosminsky, *Knowledge and Body Concepts of Guatemalan Midwives*, in Margarita Artschwager Kay, *Anthropology of human birth*, F. A. Davis Company, 1982, pp. 233-252.

senza sempre più massiccia di modelli e stili di vita occidentali. Nello specifico della salute riproduttiva ciò significa una crescente medicalizzazione del parto, che in molti casi rischia di trasformare un evento percepito come “naturale” della vita della donna in “evento medico” eccezionale. Un rischio divenuto realtà in molti paesi occidentali, nei quali l'eccessiva patologizzazione della nascita, con la conseguente trasformazione della donna da partoriente a paziente, ha già evidenziato i suoi limiti<sup>7</sup>

Consapevole di questa complessità, procederò dunque a illustrare quali siano tali strategie, e come sia possibile la loro espressione all'interno di un contesto fortemente *machista*, in cui il marito ha larga influenza nelle scelte riproduttive della moglie e molte volte decide per lei. Intendo mostrare come le donne indigene abbiano elaborato meccanismi di controllo della riproduzione che permettono loro di agire in maniera autonoma, ossia *anche* al di fuori dal controllo maschile. Al contempo tali meccanismi si sono imposti quali difesa di un sapere femminile e indigeno sulla nascita contrapposto al modello biomedico di parto ospedalizzato, che non trova pieno riscontro nella visione locale.

Come ho detto in apertura di questo lavoro, per “strategie riproduttive” intendo le modalità di elaborazione e trasmissione dei saperi e delle pratiche che riguardano momenti sessualmente significativi, come il parto, la gravidanza, il puerperio e il ciclo mestruale. Non solo: sono inclusi anche saperi più generalizzati, che attingono a un patrimonio di conoscenze basato sulla pratica e l'osservazione empirica, e inerenti la preservazione della salute dei propri figli. Molti di questi saperi sono riusciti a sopravvivere all'“invasione” della biomedicina proprio perché capaci di essere continuamente ri-adequati alle nuove esigenze. Al contempo anche gli elementi esterni hanno subito processi di funzionalizzazione, per cui quelli ritenuti utili sono stati accolti, altri rifiutati o ignorati. Si tratta di un meccanismo di “apertura” che dimostra la capacità delle medicine tradizionali di attribuire nuove funzioni ad elementi appartenenti a tradizioni mediche esogene o, al contrario, di rielaborare elementi propri in relazione a quelli provenienti dall'esterno<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Cfr. Franca Pizzini (a cura di), *Sulla scena del parto. Luoghi, figure, pratiche*, Franco Angeli, 1981; Grazia Colombo, Franca Pizzini e Anita Regalia (a cura di), *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Franco Angeli, 1987.

<sup>8</sup> Cfr. Pino Schirripa e Pietro Vulpiani (a cura di), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, 2000; David Landy, *Role adaptation: traditional curers under the impact of Western medicine*, «American Ethnologist», 1, 1974, pp. 103-127; Irving Press, *Problems in the definition and classification of medical systems*, «Social Science and Medicine», 14B, 1980, pp. 45-57.



Nel villaggio di Kaua il controllo della riproduzione, inteso ora in termini operativi come possibilità di godere dei diritti riproduttivi<sup>9</sup> è esercizio di diversi soggetti, individuali e collettivi: delle politiche sanitarie (che in generale incidono sulle opportunità offerte alle donne in materia di salute); dei mariti (che spesso decidono al posto delle mogli in materia di contraccezione, nella scelta di un parto in casa o in ospedale, nel numero di figli); delle suocere (che hanno grande influenza nelle scelte riproduttive delle giovani nuore, soprattutto di quelle in attesa del primo bambino); delle chiese cattoliche e riformiste e da molte altre situazioni di vita quotidiana, come le risorse terapeutiche presenti sul territorio, il ruolo esercitato dal personale sanitario e dagli altri terapeuti, le concezioni del corpo e della gravidanza, le condizioni generali di salute delle donne.

Dentro questo complesso panorama di ruoli, di conoscenze e di interessi che si intrecciano, la donna compie le sue scelte riproduttive, esprimendo il proprio punto di vista. Per capire cosa questo significhi nel concreto della vita quotidiana, analizzerò alcuni saperi e alcune pratiche legate al parto e alla gravidanza trasmesse di generazione in generazione tra le donne maya. Tali conoscenze rappresentano per certi aspetti modalità emblematiche di espressione della *propria* idea di riproduzione, non sempre rispondente a quella egemone. Con il termine egemone intendo da una parte il punto di vista maschile sulle questioni riproduttive, dall'altra quello biomedico, che, forte della sua scientificità, tende a proporsi come modello universalmente valido. Mi permetto di porli sullo stesso piano in quanto entrambi sono espressioni di un potere che tende ad emarginare le donne dalle scelte fondamentali che le riguardano. Mariti e medici (peraltro questi ultimi prevalentemente maschi), ognuno nella propria funzione, esercitano un controllo sulla riproduzione legittimato pubblicamente. Ciò non significa che le donne stiano passivamente a guardare: al contrario, è proprio ritagliandosi degli spazi al di fuori di questo dominio che elaborano un sapere autonomo. Si tratta di un sapere complesso, che si presenta più o meno omogeneo secondo i casi. Le levatrici, in quanto specialiste, possiedono una conoscenza più strutturata delle pratiche e dei saperi

<sup>9</sup> Per diritti riproduttivi si intendono i diritti delle coppie e delle persone di decidere liberamente e responsabilmente il numero di figli, il tempo tra le nascite e l'intervallo tra queste; di disporre di informazioni e mezzi per farlo, di ottenere il livello più alto possibile di salute sessuale e riproduttiva, di prendere decisioni relative alla riproduzione in modo libero da discriminazioni e coercizioni (Nazioni Unite, *Dichiarazione e programma d'azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo - Il Cairo*, Commissione Nazionale per le Pari Opportunità, 1996.)

legati al parto (piante curative, rituali terapeutici, tecniche di massaggio o manipolazione corporea). Molte delle loro conoscenze però, seppure generalizzate, appartengono a tutte le donne.

Nello Yucatán sono le donne ad essere tradizionalmente investite di un ruolo terapeutico all'interno della famiglia. Mogli, madri, sorelle sono le prime a prendersi cura del parente malato e ad iniziare un percorso terapeutico di tipo "domestico". La medicina domestica e l'auto-medicamento sono modalità di elaborazione e trasmissione di conoscenze che permettono alle donne di rapportarsi al sapere specialistico (delle levatrici) con una certa familiarità e di mantenere un sapere proprio (di genere) sulla salute. La donna incinta e la levatrice condividono quindi non solo l'esperienza riproduttiva in quanto entrambe donne e madri, ma anche un sapere *del e sul* corpo che permette loro di esprimersi attraverso codici condivisi. Questo sapere viene elaborato, trasmesso, agito durante i momenti di incontro formalizzato (visite) tra la donna e la levatrice, legati soprattutto all'esecuzione di una pratica terapeutica detta *sobada*, che illustrerò tra poco. Le visite avvengono in differenti momenti della vita riproduttiva: durante la gravidanza, quando si teme o si soffre di sterilità, durante il parto (per le donne che partoriscono in casa), dopo il parto (per tutte le donne<sup>10</sup>), per la cura dei figli. All'interno di questo spazio (la casa dell'una o dell'altra) e durante questi momenti le donne hanno la possibilità di esercitare un potere di espressione sulle questioni riproduttive che non appare possibile in altri contesti.

La *sobada* è una pratica terapeutica molto diffusa nello Yucatán che consiste in una manipolazione di parti del corpo percepite come momentaneamente "fuori posto" e che devono essere "riposizionate". L'idea di base è che gli organi interni (ma anche il bambino nel ventre della madre) – in certe occasioni legate a uno sforzo fisico o a una caduta – possano diventare estremamente mobili e provocare, con il loro spostamento, un malessere o una malattia all'individuo. Il riposizionamento degli organi avviene tramite *sobadas*, che consistono in palpazioni, tiraggi, massaggi della durata di quaranta/cinquanta minuti, eseguiti prevalentemente dalle levatrici. Le *sobadas* possono essere effettuate anche a uomini o a bambini, ma assumono particolare rilievo per le donne, che vi si sottopongono in numerose occasioni: durante la gravidanza, dopo il parto e qualora non riescano a rimanere incinte.

<sup>10</sup> Anche le donne che partoriscono in ospedale sono assistite dalle levatrici prima e dopo il parto.





Durante la gravidanza la *sobada* è mensile. Si ritiene che il bambino debba essere continuamente mantenuto nella giusta posizione (al centro del ventre e con la testa rivolta verso il basso) in modo da evitare il taglio cesareo, piuttosto diffuso negli ospedali yucatechi<sup>11</sup>. La donna si pone supina su un telo posto sul pavimento; la levatrice si unge le mani e inizia a palpare il ventre per capire dove si trovi la testa del bambino. Qualora questa venga individuata a destra, a sinistra, in basso o in alto rispetto al centro del ventre (luogo in cui si trova anche il *ti'pté*<sup>12</sup>) è necessario procedere alla *sobada*.

Si tratta evidentemente di una pratica che rimanda ad una concezione dell'organismo molto diversa da quella biomedica, in cui organi e parti del corpo sono in continua relazione e dove l'allineamento all'organo centrale *ti'pté* risulta fondamentale per l'equilibrio dell'intero organismo<sup>13</sup>. Sono pratiche concepite come proprie, che non trovano riscontro nelle diagnosi e nelle terapie degli operatori sanitari che le considerano poco più di credenze o non le conoscono per niente. Del resto, chi pensa di stare male a causa del *ti'pté* si rivolge da subito al terapeuta indigeno, perché ritiene che il medico allopatia non sia in grado di curare questo tipo di malattia.

Dopo il parto avvengono altri tipi di *sobadas*. Al terzo e all'ottavo giorno si effettuano quelle più importanti. Si ritiene che lo sforzo del parto *descompone*<sup>14</sup> il corpo della donna, che deve essere "rimesso a posto": in particolare il suo utero si abbassa e il suo *ti'pté* non si trova più al centro e allineato con gli altri organi. Altre *sobadas* avvengono nel momento in cui la donna teme di non poter rimanere incinta. Il timore della sterilità è molto forte e si inserisce in un contesto in cui la maternità e la paternità costituiscono momenti fondamentali della vita. Quando l'arrivo di un figlio ritarda rispetto alle aspettative della coppia o della famiglia, è la donna a temere di non essere fertile: come accade in molte culture anche in quelle maya la sterilità è pensata soprattutto al

<sup>11</sup> "La sobada evita la cesarea" (la *sobada* previene il taglio cesareo) è una delle frasi preferite dalle levatrici. Nelle mie ricerche mi sono occupata proprio dell'uso strategico di questa pratica (rivendicata come esclusiva dalle levatrici) in difesa del proprio ruolo e sapere.

<sup>12</sup> Il *ti'pté* (o *cirro* in spagnolo) è un organo che i maya yucatechi ritengono si trovi sotto l'ombelico e che possiede l'importante funzione di regolare l'intero organismo.

<sup>13</sup> Si tratta di una concezione di matrice precolombiana legata alla concezione del cosmo. Quest'ultimo è suddiviso in quattro settori e retto da un punto centrale identificato con la *ceiba sagrada*, l'albero sacro che regge l'universo (cfr. Mercedes De la Garza, *Rostros de lo sagrado en el mundo maya*, Editorial Paidós Mexicana, 1998). Allo stesso modo è rappresentato il corpo, suddiviso in quattro parti e retto da un punto centrale, costituito dal *ti'pté* (cfr. Alfonso Villa Rojas, *La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán*, "Anales de Antropología" XVII, 1980, pp. 31-46).

<sup>14</sup> La *sobada* può essere definita proprio come l'azione che *compone* (rimette a posto, riordina) un organo *descompuesto*, ossia "fuori posto"

femminile. Vi sono diverse eziologie per spiegare un caso di sterilità: dal malficio, alle cause organiche, al non aver seguito alcune interdizioni durante momenti specifici. Questa terza spiegazione è molto comune. Durante il ciclo mestruale si ritiene che le donne debbano evitare alimenti considerati “freddi” e preferire invece quelli “caldi”. Il rischio è di ammalarsi di *pasmo*, di un “raffreddamento” del sangue (elemento “caldo”) che non permette di rimanere incinte. Per curare il *pasmo* le levatrici maya preparano delle tisane a base di erbe “calde” ed eseguono *sobadas*.

La suddivisione degli alimenti ma anche degli stati fisiologici, delle malattie, degli oggetti in “caldi” e “freddi” non è propria solo delle culture maya ma si ritrova in differenti contesti (latino-americani, africani, asiatici) e anche nei saperi popolari mediterranei. Si tratta probabilmente di un universale conoscitivo<sup>15</sup> che nulla ha a che vedere con la temperatura reale degli oggetti ma che rimanda evidentemente ad una temperatura simbolica. All’interno di una logica di questo tipo, la persona “calda” che entra in contatto con un elemento “freddo” altera l’equilibrio corporeo, ritenuto fondamentale per il benessere della persona.

Potrei continuare, in quanto, come ho già accennato, le donne frequentano le levatrici anche per problemi di salute dei loro bambini o per malesseri non legati alla riproduzione. Già risulta però evidente come il rapporto tra levatrici e donne non sia per niente sporadico. L’elevato numero di gravidanze<sup>16</sup> le preoccupazioni relative alla fecondità, i malesseri dovuti a condizioni di salute spesso precarie (molte donne sono sotto-alimentate e anemiche) rendono le levatrici delle specialiste presenti in maniera continuativa nella vita delle donne. Non si tratta di un rapporto occasionale, come nel caso della visita al centro di salute o all’ospedale, ma di una relazione che si fortifica gravidanza dopo gravidanza. Durante l’esecuzione di *sobadas* avvengono lunghi dialoghi tra le donne, attraverso i quali vengono trasmessi i *cuidados*, ossia gli accorgimenti che interessano momenti particolari della vita riproduttiva. Tra quelli più importanti vi sono le restrizioni alimentari e quelli che riguardano luoghi o comportamenti interdetti.

Quelli appena elencati sono solo alcuni esempi di saperi che vengono trasmessi da donna a donna e che rappresentano una parte delle elaborazioni femminili

<sup>15</sup> Cfr. Giorgio Raimondo Cardona, *La foresta di piume. Manuale di etnoscienza*, Laterza, 1985.

<sup>16</sup> In media nel villaggio di Kaua i figli della generazione intermedia sono quattro/cinque, quelli delle generazioni delle nonne il doppio; le giovani coppie ritengono oggi che tre/quattro figli siano sufficienti.



che permettono loro di ritagliarsi uno spazio conoscitivo, espressivo e operativo al di fuori di quello maschile.

Le donne maya hanno acquisito nel corso delle generazioni delle conoscenze che hanno apportato un valore aggiunto al loro ruolo di mogli e madri. I saperi legati alla salute riproduttiva hanno permesso loro di riflettere prima di tutto su se stesse e sul loro corpo, e in seguito di diventare delle referenti anche per gli altri membri della comunità. Discutere di salute ha permesso alle donne di uscire di casa, di allontanarsi dallo spazio domestico per entrare (seppur in punta di piedi) in quello pubblico di dominio maschile. Gli incontri tra donna e levatrice sono sicuramente incontri privati, in cui si confrontano esperienze personali legate alla vita riproduttiva, ma sono anche momenti pubblici in cui i saperi condivisi sulla salute in generale sono rielaborati e trasmessi. Il fatto che siano le donne (tutte) ad essersi appropriate di un sapere così importante all'interno della comunità fa sì che queste abbiano potuto acquisire un ruolo pubblico fondamentale, accanto a quello già riconosciuto delle specialiste. Incontrarsi per parlare di salute offre alle donne la possibilità di agire in spazi e momenti propri che sono riconosciuti come legittimi agli occhi della famiglia e della comunità.

La gestione della salute pubblica avviene oggi, infatti, attraverso la mediazione femminile, che funge da ponte anche nei confronti delle risorse terapeutiche offerte dal sistema sanitario nazionale. Oltre alle visite e agli incontri tra donne e levatrici le occasioni di confrontarsi sulla salute sono, infatti, anche di tipo istituzionale: i programmi di assistenza sanitaria nelle aree rurali realizzati dagli istituti governativi come Imss e Ssa<sup>17</sup> prevedono la partecipazione delle donne a riunioni mensili in cui si affrontano temi legati alla salute individuale e collettiva. Anche il programma nazionale *Progresas*, che dispensa aiuto economico alle famiglie più povere, individua nelle donne le titolari, essendosi mostrate maggiormente affidabili degli uomini nella gestione delle risorse offerte dai programmi di sviluppo.

Sono le stesse abilità femminili, acquisite nell'ambiente domestico, a rivelarsi strategiche a livello comunitario. Le donne di Kaua, per esempio, si incaricano a vicenda di preparare i pasti per la mensa semi-gratuita dedicata ai bambini più poveri del villaggio. Si tratta di cucinare per circa trenta, quaranta persone ogni giorno, ad un prezzo simbolico di due *pesos* a pranzo. Le provviste

<sup>17</sup> Imss è la sigla dell'Instituto Mexicano del Seguro social; Ssa corrisponde a Secretaria de Salud y Asistencia. I due organismi gestiscono solitamente i centri di salute e i corsi di *capacitación* per levatrici.

(generi di prima necessità come riso, farina, latte) arrivano direttamente dal programma alimentare nazionale Dif<sup>18</sup>, ma sono le donne a rendere efficaci le sovvenzioni, impiegando il proprio tempo e trasformando una mansione domestica (cucinare) in una risorsa a vantaggio della comunità. Senza nulla togliere alle capacità e alle abilità maschili è evidente che le donne di Kaua risultano maggiormente qualificate (proprio per le abilità specifiche che hanno acquisito in quanto donne) a prendersi cura della collettività, per lo meno per quanto riguarda gli aspetti legati alla salute e all'alimentazione. Non è un caso, tra l'altro, che i *promotores de salud*<sup>19</sup> siano delle donne.

Incontri pubblici e visite private costituiscono dunque modalità concrete di affermazione della donna in ambiti di saperi fondamentali per il benessere sociale, che permettono loro di ritagliarsi una nicchia di riconoscimento proprio. Possono in questo modo svolgere un ruolo chiave nei processi di cambiamento storico e sociale che investono i villaggi maya contemporanei. La salute (intesa come insieme di risorse terapeutiche, conoscenze, pratiche, rappresentazioni) è un campo strategico di affermazione della propria identità, nella cui preservazione le donne – tradizionalmente portatrici e oggi anche portavoce pubbliche – giocano un ruolo importante. La salute è uno dei pochi beni comuni che viene ancora, grazie alle donne, gestito a livello comunitario. Allo stesso tempo, la messa in pratica di un sapere condiviso permette la trasmissione e la rielaborazione individuale e collettiva di conoscenze fondamentali per la sopravvivenza della comunità non solo in termini fisiologici (prevenzione e gestione delle malattie) ma anche in termini identitari. La conoscenza delle proprietà delle piante curative, delle modalità di preparazione e assunzione, della loro efficacia terapeutica costituiscono, infatti, una parte importante del patrimonio orale dei popoli indigeni, oggi in continua relazione (a volte conflittuale a volte no) con saperi, pratiche e conoscenze che si propongono come cosmopolite. La loro espressione pubblica significa non soltanto preservazione di conoscenze specifiche, ma soprattutto resistenza all'omologazione, ossia difesa di una possibilità alternativa di essere.

L'uso strategico che le donne hanno messo in atto negli ultimi anni è dunque quello di rendere pubblica la funzione tradizionale di occuparsi all'interno della famiglia della salute dei propri cari. Questa possibilità è il frutto di una

<sup>18</sup> Desarrollo integral para la familia.

<sup>19</sup> Il *promotor de salud* ha il compito di monitorare le condizioni igieniche delle abitazioni del villaggio (come la pulizia dei *patios*, o la cura degli animali da cortile) ma anche di farsi portavoce dei bisogni delle famiglie.



contingenza che ha permesso di estendere il loro ruolo tradizionale e di renderlo adeguato alle esigenze attuali. Se gli uomini sono sempre più assenti nella vita quotidiana (in quanto lavorano in città o all'estero e rientrano solo periodicamente), le donne sono diventate sempre più le referenti concrete del nucleo familiare, dentro e fuori l'unità domestica. Il loro confinamento nell'ambiente privato (proprio di una cultura tradizionale in cui ruoli e compiti risultano ben divisi) non è più sostenibile, e una funzione *anche* pubblica delle donne diventa per certi aspetti necessaria. La capacità delle donne è stata quella di cogliere la possibilità di esercitare un ruolo pubblico "vacante" ma necessario, sia per la comunità che per le istituzioni: il ruolo di interlocutrici e di mediatrici tra saperi locali e saperi biomedici. Forti di un sapere domestico e privato (proprio) sulla salute, le donne (e in particolare le donne in età riproduttiva) sono diventate oggi le referenti comunitarie rispetto ad un bene collettivo primario. Sono le donne ad essere interpellate dalle istituzioni sanitarie, dai medici dei centri di salute, dai responsabili dei programmi alimentari o di sostegno economico. E questo anche perché sono le più presenti<sup>20</sup> e dunque nelle condizioni di interagire in maniera continuativa con quanti operano nelle aree rurali. Le donne hanno colto l'opportunità offerta dai cambiamenti di vita di questi ultimi anni estendendo strategicamente la loro funzione di custodi della salute familiare a custodi della salute comunitaria. Hanno soprattutto compreso l'estrema importanza della gestione dei saperi legati alla salute e la possibilità di esprimerli nei contesti pubblici che questa gestione permette e legittima. In questo senso le donne (specialiste e no) possono esercitare una funzione quali agenti del cambiamento che non è possibile all'interno del nucleo domestico, dove altre dinamiche relazionali (di genere, generazionali, parentali) sono in atto.



<sup>20</sup> Ricordo che molti uomini lavorano nelle zone turistiche e rientrano solo il fine settimana al villaggio.

## DIETRO LE QUINTE

Z

Questo articolo è il frutto della rielaborazione di una parte del materiale raccolto durante due semestri di ricerca nello stato messicano dello Yucatán (negli anni 2001 e 2003), che hanno dato vita alla mia tesi di dottorato in Etno-anthropologia presso l'Università di Roma "La Sapienza". Nella tesi ho analizzato gli itinerari terapeutici delle donne incinte del villaggio di Kaua tra levatrici, centro di salute e ospedali. In particolare mi sono occupata della *sobada*, una manipolazione del corpo eseguita dalle levatrici che ha lo scopo di riposizionare il bambino nel ventre materno e di ricollocare l'utero e gli altri organi che si sono "spostati" durante il parto. È stato un lavoro di ricerca particolarmente stimolante, in quanto la *sobada* ha assunto oggi significati inediti nei confronti della crescente medicalizzazione del parto, sia in difesa del ruolo delle levatrici che nella rivendicazione di un sapere indigeno sulla salute. In realtà il mio interesse per i saperi e le pratiche riproduttive risale al 1998, quando ho soggiornato per cinque mesi nel villaggio di La Campa, in Honduras. In quell'occasione mi sono confrontata per la prima volta con le pratiche delle levatrici indigene *lenca* (i cui ruoli e saperi sono stati l'oggetto della mia tesi di laurea) e con il lavoro di ricerca sul campo. La formazione antropologica mi ha portato in entrambi i casi ad utilizzare una metodologia qualitativa, raccogliendo le informazioni attraverso interviste aperte o semi-strutturate, storie di vita, osservazione e partecipazione alla vita della comunità. Diversi colloqui e interviste più strutturate sono stati svolti con operatori sanitari dei centri di salute, medici e referenti di organizzazioni non governative e istituzioni locali impegnate in progetti di sviluppo delle aree indigene, studiosi e conoscitori della cultura maya.

La consapevolezza che il momento etnografico non possa essere inteso come una pura registrazione di fatti oggettivi ma sia già di per sé un momento fortemente interpretativo, in cui tutti i soggetti coinvolti (ricercatore compreso) partecipano ad un processo di negoziazione di significati è stato il punto di partenza del mio lavoro sul campo, che è il frutto di un dialogo continuo tra le mie elaborazioni teoriche e le concettualizzazioni indigene. La scelta del villaggio è stata indotta da una sorta di intuizione a fermarmi in alcune zone piuttosto che in altre, e senza la presentazione ufficiale di qualcuno. L'incontro con gli abitanti di Kaua è avvenuto in maniera informale, mentre passeggiavo per le strade del villaggio: le prime domande a cui ho dovuto rispondere sono state "tux ka bin?" (dove vai?) o "maestra o doctora?" e le prime persone con cui ho potuto relazionarmi sono state le donne e i bambini. Colloqui informali come questi sono stati utili per raccogliere informazioni sul numero di levatrici presenti nel villaggio e per organizzare le visite alle loro case. Dopo alcuni colloqui con tutte le terapeute presenti ho seguito l'attività di quattro di queste, *doña Anita*, *doña Soco*, *doña Sofia* e *doña Evangelina*: donne straordinarie, che mi hanno regalato il loro tempo e mi hanno resa partecipe dei loro saperi. E, soprattutto, che mi hanno permesso di vivere un'esperienza eccezionale, tanto dal punto di vista professionale che umano.

