Università Ca' Foscari Venezia
Corso di Laurea magistrale
in Antropologia culturale, etnologia,
etnolinguistica

Tesi di Laurea

Gravidanza e parto nell'ospedale di Tosamaganga (Tanzania)

Mapenzi ya Mungu (sia fatta la Sua volontà)

Relatore
Ch. Prof. Ilaria Micheli

Laureanda
Agnese Baldassarre
Matricola 986923

Anno Accademico
2012 / 2013

Ai molti che in molti luoghi mi hanno appoggiata
con pazienza e disponibilità
rendendo possibile quest'esperienza.

Alla donna disse: «Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai figli. Verso tuo maritò sarà il tuo istinto, ma egli ti dominerà.»

(Genesi 3,16 ed. C.E.I.)

INDICE

INTRODUZIONE.....1
Metodologia.....4
Letteratura di riferimento.....6

1 IL CONTESTO: TANZANIA.....7
1.1 La nascita della Tanzania.....8
1.1.1 Julius Kambarage Nyerere.....10
1.2 La storia attuale.....12
1.3 Popolazione.....13
1.4 Religione.....14
1.5 Il sistema sanitario.....16
1.6 Development e Millennium Goals.....18

2 IL PRIMO IMPATTO.....25
2.1 Il villaggio.....26
2.2 L'ospedale di Tosamaganga.....30
2.3 Il wanyafilo.....33

3 RISCHIO, MALATTIA E STREGONERIA.....35
3.1 Il rischio. Breve excursus: dall'assicurazione marittima al costruzionismo debole.....35
3.2 La malattia: punizione per una colpa o attacco di stregoneria? Un problema interpretativo incorporato nel contesto sociale.....39
3.3 La stregoneria.....45
3.3.1 Dai missionari agli antropologi.....48
3.3.2 La stregoneria in Tanzania.....54
3.3.3 La stregoneria a Ipamba.....56
3.3.4 Se spicchi sei uno stregone.....60

4 MEDICINA LOCALE.....63
4.1 Locale vs tradizionale vs biomedicina nel contesto tanzaniano.....66
4.2 L'origine della malattia: naturale o sovrannaturale? La stregoneria come orizzonte di senso.....68

4.3 La coesistenza di sistemi medici a Ipamba.....70
4.4 Malattie e rimedi locali.....72
4.5 Il guaritore locale nella zona di Iringa: dalle ricerche di A. Bellagamba alla mia esperienza sul campo.....76
4.6 La cura del neonato, pratiche e credenze.....81
4.6.1 Allattamento e malnutrizione.....83
4.6.2 Sterilità e cordone ombelicale.....88
4.6.3 Imparare ad essere mamma.....92
4.6.4 Il corpo femminile.....97
4.6.5 Diventare donna.....99

5 IL PARTO.....102
5.1 IN OSPEDALE.....103
5.1.1 Il partogramma.....104
5.1.2 La compilazione del partogramma.....106
5.1.3 Il partogramma a Tosamaganga.....109
5.1.4 Il parto per via vaginale a Tosamaganga.....111
5.1.5 I rischi medici del parto nell'ospedale di Tosamaganga.....114
5.2 TRA LE DONNE.....117
5.2.1 500 mamme, tra gennaio e aprile.....118
5.2.2 Mama Jackie, una ragazza.....123
5.2.3 Mama Caterina, un'anziana del villaggio.....125
5.2.4 Le donne del wanyafilo.....126
5.2.5 Perché si cerca di evitare il taglio cesareo.....129
5.2.6 Le motivazioni per il taglio cesareo.....131

6 MORTALITA' INFANTILE 134
6.1 Esposizione al rischio.....135
6.1.1 Attrezzature, medicinali, competenze.....137
6.2 Far fronte al rischio.....141
6.3 Il bambino nasce e muore, qual è la causa?.....144

CONCLUSIONE.....149

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI 154

APPENDICE.....159
Rosi 25/04/2013.....159
Beatrice 27/04/2013.....163
Mama Jackie 2/05/2013.....166
Veronica 6/05/2013.....172
Leonida e Paolina 10/05/2013.....177
Brigitta e Daria 11/05/2013.....178
Sofia 16/05/2013.....182
Agnes 20/05/2013.....183
Mama Agata 27/05/2013.....187
Focus medicina locale 01/06/2013.....191
Giorgia 16/06/2013.....197

TAVOLE FOTOGRAFICHE.....209

INTRODUZIONE

Kujifungua è il verbo swahili utilizzato per indicare il partorire, e significa *aprirsi*: un'apertura simbolica, ma anche letterale, della donna alla vita.

Questo lavoro nasce da un interesse di lunga data nei confronti del corpo femminile e della maternità, dimensione propria esclusivamente alla donna e che ha sempre spaventato il mondo maschile, il quale nei secoli e nelle diverse società ha cercato in vari modi di controllare e gestire la sessualità femminile. Non occorre andare molto lontano per accorgersi come, all'interno dello stesso sistema medico occidentale, la gravidanza e il parto siano gestiti e controllati da medici (e non più levatrici) molto spesso uomini, in quanto decennali politiche/questioni di genere hanno consentito l'accesso allo studio della medicina solo agli uomini.

Sovente la capacità della donna di dare la vita è stata considerata come intrinseca, e la donna è stata "ridotta" a questo aspetto generativo, ai suoi organi riproduttivi. La cultura occidentale affonda le sue radici in tale concezione del femminile; Ippocrate, nel suo *corpus* medico, indica la fonte di tutti i disturbi femminili nell'utero che, "vagando" all'interno del corpo, crea squilibri e malattie, ed è solo con la gravidanza che si realizza la condizione di normalità per la donna: il suo utero, giustamente appesantito, è finalmente fermato. Non a caso il termine isteria (malattia che è stata considerata per secoli – e forse nell'immaginario collettivo lo è tuttora – prettamente femminile) deriva dal greco *ustera* (ὑστέρα), utero.

Durante la gravidanza e il parto, le componenti maschile e femminile si intrecciano, si mescolano, in molte società la partoriente cambia status, per cui nel momento di massima femminilità viene assimilata al mondo maschile. Ancora una volta gli esempi rintracciabili nella storia e nello spazio sono molteplici, attingendo nuovamente al mondo greco emergono una serie di parallelismi tra il guerriero valoroso e la partoriente così, a Sparta, si usava scrivere il nome solo sulle tombe degli uomini morti in guerra e delle donne morte di parto.

Questo era il mio *background*, il passaggio dall'antica Grecia ad un ospedale africano può non sembrare immediato, ma in realtà a cambiare sono solo le variabili temporale e spaziale. Il mio interesse si è in un certo senso concretizzato, mi sono

focalizzata sul parto, non più tanto come momento simbolico quanto come pratica fisica, corporale. La scelta di un ospedale africano è legata ad una duplice motivazione, da una parte una curiosità personale nei confronti del mondo africano e della Tanzania in particolare, dove ho vissuto il mio primo anno di vita, d'altra parte una scelta “scientifica”, che mi ha portato ad eleggere proprio l'ospedale di Tosamaganga, nei pressi del villaggio di Ipamba, come terreno di ricerca. Un ospedale africano ha di più interessante, rispetto ad un ospedale occidentale – almeno dal mio punto di vista – il fatto che la biomedicina sia stata introdotta nel contesto locale relativamente di recente, trovandosi quindi a rapportarsi con un sistema medico già esistente, complesso ed efficace, impersonato nelle figure dei guaritori. La biomedicina, appoggiata dal potere coloniale, ha a volte ostacolato o soppiantato le pratiche antecedenti, ma si sono anche creati notevoli fenomeni di coesistenza e forme ibride, in un gioco di continua appropriazione e ri-creazione identitaria. Il mio presupposto era che vi fossero tracce della medicina e dello schema interpretativo locale, pur in un contesto *apparentemente* occidentale, come può essere un ospedale. Apparentemente poiché, come è emerso, anche l'ospedale si trova al centro di una duplice influenza, quella della medicina occidentale (che spesso esporta i suoi modelli peggiori) e quella della medicina locale (che è fondamento del *modus agendi* in molte situazioni). Ritenevo, quindi, che in un contesto di continua negoziazione fosse particolarmente interessante andare ad indagare il parto, così denso di significati e rimandi al sistema di conoscenze e credenze locali. Il parto è spesso percepito come potenzialmente pericoloso, un momento in cui il confine tra vita e morte si assottiglia, ed è facile subire attacchi di potenze esterne o di stregoni. Indagando la realtà del parto in un ospedale intendevo quindi esplorare anche questa dimensione, riscontrare se fosse ancora presente in un contesto medicalizzato da molti anni (circa cinquanta) o se l'influenza biomedica avesse in qualche modo modificato questo tipo di percezione. Infine, la scelta dell'ospedale di Tosamaganga in particolare, era legata al fatto che qui, dal 2012, l'ONG Medici con l'Africa Cuamm, a cui mi sono appoggiata, ha avviato un progetto quinquennale, *Prima le mamme e i bambini*, volto ad incrementare la salute materno-infantile.

La ricerca si è via via costruita intorno all'oggetto principale, il *leitmotiv* che la

percorre interamente: il parto, come pratica corporale. L'obiettivo dell'indagine mirava a comprendere come le donne del villaggio, e quelle che venivano da lontano per partorire, percepissero il parto, se fosse pericoloso o meno, perché avessero scelto di partorire in ospedale e come interpretassero un eventuale evento avverso. Queste domande hanno aperto il campo ad un'esplorazione più ampia, che mi ha portato ad affrontare il tema della stregoneria, dell'attribuzione di colpa e del “senso” del male, il tutto con un'attenzione particolare alla dimensione sociale. Questi tre elementi sono profondamente intrecciati tra loro e concorrono insieme a risolvere il problema fondamentale dello spiegare la disgrazia, per poterla accettare e superare. Ogni società (e ogni individuo) elabora i propri modelli culturali di reazione e spiegazione del male e, durante la mia permanenza sul campo, mi sono proposta di capire quali fossero quelli delle donne di Ipamba. Ma ogni società elabora anche la propria concezione di malattia e di terapia. Ampio spazio ho dedicato quindi alla medicina locale, leggendola come un elemento in equilibrio precario tra contrapposizione e coesistenza con il sistema biomedico. In molti sistemi medici locali africani la malattia è considerata come una rottura dell'ordine, ed è sulla dimensione sociale e personale che i guaritori agiscono. Il sintomo, diversamente dal sistema biomedico, è completamente slegato dalla diagnosi e dalla terapia. Visto l'oggetto della mia indagine, il male e la sofferenza erano rappresentati dai rischi legati al parto per la vita della madre e del neonato. È emerso come la dimensione materna sia più significativa in relazione al periodo *precedente*, mentre quella del neonato *seguente,* il parto. Il parto in sé riveste un duplice interesse, in rapporto alle aspettative e ai timori delle partorienti e sul piano medico-ostetrico. Ho affrontato il parto da due punti di vista, quello etico e quello emico: utilizzando anche i dati delle cartelle cliniche delle donne che hanno partorito tra gennaio e aprile, raccolti da due ostetriche italiane, ho analizzato i concreti rischi medici, relazionandoli con i rischi percepiti dalle partorienti.

In questo continuo intrecciarsi di dimensioni, anche il neonato ricopre una posizione importante, su due piani principali: quello della mortalità perinatale e infantile (e dunque legato ad un discorso medico ma anche sociale e culturale), e quello delle pratiche intorno al suo corpo (ad esempio l'allattamento o il taglio del cordone ombelicale).

Nel complesso ho adottato un approccio descrittivo, ogni sezione è interdipendente, e vi è un continuo dialogo tra la mia esperienza etnografica, le etnografie di altri che si sono confrontati con tematiche analoghe, e la letteratura antropologica, cercando di non perdere di vista l'oggetto della mia indagine: la gravidanza e il parto nell'ospedale di Tosamaganga.

Metodologia

La mia esperienza sul campo ha avuto luogo tra aprile e giungo 2013 a Ipamba, un villaggio della Tanzania centro-occidentale, a circa quindici chilometri da Iringa, una città piuttosto grande (con poco più di 100.000 abitanti). Adiacente al villaggio vi è l'ospedale di Tosamaganga, che prende il nome dalla vicina missione, fondata subito dopo la conquista tedesca da monaci benedettini (1896) per poi passare sotto la responsabilità dei padri missionari della Consolata (1923). L'ospedale è di proprietà della diocesi del distretto di Iringa ma, di fatto, è gestito da tre enti: la diocesi stessa, il governo tanzaniano e Medici con l'Africa Cuamm, a cui mi sono rivolta per avere un appoggio logistico. Medici con l'Africa Cuamm è una ONG di Padova che opera in sette paesi africani con interventi a lungo respiro in ambito medico. Dal 1968 è presente nell'ospedale di Tosamaganga e ha edificato una guest house, dove una volta venivano ospitati i medici e gli infermieri espatriati nei primi mesi di permanenza in Tanzania. Non avevo un ruolo ufficiale nei confronti della ONG, prima di partire avevo chiesto alla sede centrale di poter alloggiare nella guest house e frequentare l'ospedale, richieste che mi sono state accordate facilmente. Il mio progetto originario quindi prevedeva di trascorrere molto tempo in ospedale, esplorando anche la questione dell'efficacia dell'operato del Cuamm nel contesto locale, soprattutto in relazione al progetto *Prima le mamme e i bambini*. Tuttavia, una volta arrivata in Tanzania ho incontrato alcune difficoltà a frequentare l'ospedale con l'assiduità necessaria: alcuni, tra il personale espatriato, si sono dimostrati diffidenti se non francamente ostili al mio lavoro. Pertanto ho deciso di modificare il mio progetto spostando l'attenzione dall'ospedale al villaggio: pur continuando ad accedere al Reparto di Maternità (anche se sporadicamente), ho smesso di

frequentare la sala parto, dove la mia presenza era ai limiti della liceità, sebbene chiedessi sempre il permesso di trattenermi e assistere ai parti alla caposala o all'*assistant medical officer* presente.

Un ulteriore problema che ho dovuto risolvere è stato quello linguistico, non tanto per la mia ignoranza della lingua locale, quanto per la difficoltà di trovare un interprete. In Tanzania si parlano lo swahili, l'inglese e svariate lingue locali, nella zona di Iringa lo *hehe*. Avevo cominciato a studiare lo swahili prima di partire, e ho poi continuato con un maestro tanzaniano, ma la mia padronanza linguistica, anche alla fine della permanenza, non mi permetteva di gestire conversazioni complesse. Dello *hehe* ho imparato solo le formule di saluto. Era comunque previsto che avessi un interprete, tuttavia è stato difficile trovare qualcuno di adatto. Relazionandomi con donne e partorienti, volevo che il mio accompagnatore fosse una donna, ma nel villaggio le ragazze, e le donne in generale, hanno una conoscenza limitata dell'inglese. Le infermiere lo parlano meglio, a vari livelli di competenza, ma sono risultate molto poco disponibili nei miei confronti. E comunque preferivo che non fosse una figura con una posizione ufficiale, essendo l'oggetto della mia indagine legato anche alla competenza medica. Alla fine ho scelto un ragazzo, Jeremy, con una buona padronanza linguistica e molto tempo libero. Tuttavia, come sono venuta a sapere più avanti, suo padre nel villaggio è considerato un potente stregone, per cui mi è sembrato poco opportuno fare domande sulla stregoneria con lui presente. Ho ovviato al problema utilizzando, quando necessario, altri interpreti.

I miei incontri sono stati a volte casuali a volte organizzati. Il primo periodo l'ho trascorso conversando liberamente con le persone che incontravo nelle mie esplorazioni del villaggio, alcuni si sono rivelati più socievoli, altri meno. Una volta instaurata una rete di conoscenze ho cominciato ad approfondire l'oggetto della mia indagine con le donne che mi erano sembrate più disponibili, e con esperienze più interessanti, anche se non tutte hanno accettato di accordarmi un incontro. All'inizio registravo le conversazioni (chiedendo il permesso) ma mi sono presto resa conto che il discorso era molto frenato, meno fluido, le mie interlocutrici si chiudevano e mostravano disagio. Ho quindi abbandonato il registratore, prendevo semplicemente appunti. Molti degli spunti più interessanti mi sono giunti da conversazioni casuali, non programmate. In appendice la trascrizione fedele delle conversazioni che ho

avuto.

Letteratura di riferimento

Nella mia indagine ho incrociato molti ambiti e tematiche, non ho seguito una prospettiva particolare, ho ricavato spunti da vari autori, di diverse epoche storiche e correnti antropologiche, pur restando la mia visione generale fondamentalmente legata a Geertz e all'antropologia interpretativa. Per quanto riguarda la tematica del rischio, ho fatto riferimento essenzialmente a Douglas, Lupton e Ligi. Sulla stregoneria invece gli autori di riferimento sono stati Evans-Pritchard e Bellagamba. Sull'interpretazione del male e il problema del senso mi sono richiamata soprattutto ad Agué, Herzlich e ancora Douglas per l'attribuzione di colpa. Remotti è stato utile sia dal punto di vista teorico più generale sia per la parte etnografica, assieme ad altri africanisti come Allovio e Micheli e autrici che hanno svolto ricerche analoghe alla mia, come Allen ma soprattutto Holten. Per la parte più prettamente legata all'antropologia medica rimando a Quaranta e Pizza, per questioni inerenti alla maternità a Quattrocchi e Ranisio.

1 IL CONTESTO: TANZANIA

La Repubblica Unita di Tanzania, in kiswahili *Jamhuri ya Muungano wa Tanzania*, è uno Stato dell'Africa Orientale bagnato a est dall'Oceano Indiano e circondato da otto Stati: da nord, in senso antiorario, il Kenia, l'Uganda, il Ruanda, il Burundi, la Repubblica Democratica del Congo, lo Zambia, il Malawi e il Mozambico.

A livello morfologico, la Tanzania presenta una grande varietà di paesaggi: nella regione nord orientale il Paese è prevalentemente montuoso con la presenza del vulcano Meri e del Kilimangiaro che, con i suoi 5895 metri, rappresenta il punto più alto dell'intero continente africano. Procedendo verso Ovest si attraversano vaste distese di savana fino a giungere alla regione dei Grandi Laghi, grazie alla quale la Tanzania detiene altri due primati: il Lago Vittoria e il Lago Tanganica sono rispettivamente il più grande e il più profondo del continente. Procedendo verso Sud invece i rilievi si addolciscono e la Tanzania si configura come un vasto Altopiano ricco di pianure. La costa è sabbiosa, calda e umida e su di essa si affaccia l'Isola di Zanzibar.

Il clima è fondamentalmente tropicale con il periodo più caldo da novembre a febbraio e quello più freddo da maggio ad agosto, con temperature comunque raramente inferiori ai dieci gradi. Negli altipiani e nei rilievi il clima è fresco. Il villaggio di Ipamba, dove ho svolto la mia ricerca sul campo, si trova negli altipiani centrali ad un'altitudine di circa 1.500 metri.

La bellezza e la varietà del paesaggio hanno reso possibile la presenza di molti grandi parchi naturali sparsi in tutto il Paese, tra i quali il Ngorongoro e il Parco Nazionale del Serengeti a Nord; la riserva del Selous e il Parco Nazionale del Mikumi a Sud; il Parco Nazionale di Ngombe ad Ovest – nel quale vennero realizzati i famosi studi sul comportamento degli scimpanzé da parte della dottoressa Jane Goodall. Un parco meno conosciuto ma molto vasto è poi il parco Ruha, che prende il nome dallo stesso fiume che scorre accanto al villaggio di Ipamba.

Il Paese deve il suo nome alla fusione delle parole "Tanganyka" e "Zanzibar", le due Regioni che dopo l'indipendenza dal colonialismo britannico (1961) si unirono a formare nel 1964 un'unica repubblica presidenziale, la Repubblica Unita di Tanzania.

La capitale, Dodoma, è situata nel centro del Paese ed è la terza città della Tanzania. Più grande e forse più conosciuta è Dar Es Salaam, capitale fino agli anni Settanta, nonché uno dei centri commerciali più attivi e primo porto del Paese. Nella vecchia capitale rimangono inoltre alcune funzioni amministrative, in attesa di trasferimento.

La Tanzania presenta una grande varietà nel territorio e nella popolazione; le lingue maggiormente parlate sono lo swahili e l'inglese, ma sopravvivono all'interno dei numerosi gruppi etnici (circa 130) anche lingue locali.

Ancora oggi, a quasi sessant'anni dall'unificazione, la Tanzania deve moltissimo a Julius Nyerere che guidò il paese nei primi 25 anni d'indipendenza. In particolare egli era spinto da un forte spirito di uguaglianza sociale che lo portò a scegliere lo swahili come lingua unificante dell'intero Paese, a diffondere i valori dell'*ujamaa*, la "solidarietà familiare", e ad avviare una tradizione di impegno politico che rendono ancora oggi la Tanzania uno dei Paesi più stabili del continente africano.

Ciò nonostante, la Tanzania rimane tra i paesi più poveri al mondo, in cui il 60% della popolazione sopravvive con due dollari al giorno; l'economia è prevalentemente basata sull'agricoltura, che arriva a coinvolgere l'80% della forza lavoro. Le grandi risorse del territorio tanzaniano, come i parchi naturali e i giacimenti d'oro, non sono sfruttate appieno e il Paese è onerato da un grosso debito pubblico. Le cure mediche sono scadenti e il tasso d'istruzione è ancora troppo basso (nel 2010 68%, fonte: UNESCO). Tuttavia negli ultimi anni, anche grazie alla stabilità politica e all'aumento del turismo, si sta assistendo ad una crescita moderata ma costante: il tasso di crescita del PIL della Tanzania nel 1999 era 4%, nel 2011 6,7%, il tasso di crescita del PIL italiano è passato da 1,3% nel 1999 a 0,3% nel 2011. (Fonte: Index Mundi)

1.1 La nascita della Tanzania

La storia della Tanzania inizia agli albori dell'umanità – nella regione settentrionale vennero trovate nel 1978 dall'archeologa Mary Leakey tracce dei nostri più antichi progenitori, gli Australopitechi – e attraversa i millenni in maniera sempre vitale, vedendo la nascita e lo stanziamento di numerosi gruppi tribali, insediamenti arabi ed

europei, il sopraggiungere del colonialismo, fino alla nascita dell'attuale Repubblica Unita della Tanzania nel 1964.

Il primo europeo conosciuto a mettere piede in Tanzania fu Vasco de Gama, il quale approdò nel 1498 durante il suo viaggio verso l'Oriente e diede avvio al controllo portoghese dell'attuale costa tanzaniana. Tuttavia nel XVIII secolo gli arabi dell'Oman occuparono Zanzibar e Kilwa e appostarono i loro governatori nelle città del litorale, costringendo gli europei a ritirarsi. Gli Arabi si spinsero nell'entroterra fino alla regione dei Grandi Laghi, dove vendevano armi da fuoco e vestiti da poco in cambio di schiavi e avorio; alla fine del XIX secolo, quando l'ombra del colonialismo europeo iniziò ad affacciarsi nel continente africano, il territorio era già stremato da violenza e malattia.

Nel 1885 un avventuriero tedesco, Karl Peters, senza alcuna autorizzazione da parte del suo governo e forse attratto dai resoconti mirabolanti di viaggiatori che avevano raggiunto l'Africa Orientale, decise di fondare la Compagnia per la Colonizzazione Tedesca. Partendo da Zanzibar riuscì ad assicurasi il controllo di diversi territori nell'entroterra che vennero poi ufficialmente approvati dal cancelliere Bismarck con la Conferenza di Berlino del 1885, suscitando preoccupazione alla Gran Bretagna, che nel frattempo aveva assunto il controllo indiretto di Zanzibar.

La tensione venne temporaneamente risolta nel 1890 quando venne firmato il trattato di Helgoland-Zanzibar: l'odierna Tanzania Continentale entrò formalmente a far parte assieme al Ruanda e al Burundi all'Africa Orientale Tedesca, mentre Zanzibar diventava protettorato britannico.

Durante il periodo coloniale vennero messe in atto numerose azioni volte a sfruttare le risorse del Paese, ma per lo più per arricchire gli occupanti, senza nessun interesse a migliorare la qualità della vita e le opportunità di crescita della popolazione locale.

Al termine della prima guerra mondiale, la Lega delle Nazioni assegnò alla Gran Bretagna gran parte del territorio dell'Africa Orientale Tedesca, che divenne la regione della Tanganyka. Per favorire la ripresa della propria economia, gli inglesi sfruttarono massimamente la manodopera locale nelle piantagioni e scoraggiarono in tutti i modi lo sviluppo dell'industria manifatturiera per poter continuare a utilizzare la Tanzania come mercato di sbocco dei loro prodotti.

Il mandato fu trasformato nel 1946 in amministrazione fiduciaria; dopo la seconda guerra mondiale comunque ebbe inizio il processo di indipendenza, portato avanti soprattutto dal TANU (Tanganykan African National Union) di Nyerere, movimento fondato da giovani africani per protestare contro le politiche coloniali.

Nel 1961 la Tanganyka ottenne l'indipendenza e nel 1963 gli inglesi lasciarono anche Zanzibar; nel 1964 il TANU e l' ASP (l'Afro-Shirazi Party di Zanzibar) decisero di unirsi e diedero vita, a prezzo di un sanguinoso colpo di stato, alla Repubblica Unita della Tanzania guidata dal giovane Julius Kambarage Nyerere.

1.1.1 Julius Kambarage Nyerere

Baba wa Taifa, il Padre della Nazione: così viene chiamato Julius Nyerere, il *Mwalimu* (il Maestro) a cui la Tanzania, dopo quasi sessant'anni d'indipendenza, deve ancora molto.

Nato nel 1922 a Butiama, vicino al Lago Vittoria, figlio del capo di una piccola tribù zanaki, inizia a frequentare la scuola primaria a 12 anni. Riesce successivamente ad ottenere una borsa di studio per l'Università di Makerere, unico istituto universitario presente all'epoca nell'Africa Orientale e, al termine degli studi, si dedica all'insegnamento di biologia e inglese. Nel 1949 ottiene una borsa che gli permette di conseguire una laurea magistrale ad Edimburgo, dove termina gli studi tre anni dopo laureandosi in economia e storia.

L'esperienza in Scozia fu senz'altro importantissima: oltre ad essere stato il primo tanzaniano a frequentare un'università britannica e il secondo ad ottenere un diploma fuori dal continente africano, fu proprio ad Edimburgo che Nyerere cominciò a maturare una lettura socialista della questione africana.

Già nel 1953, assieme ad un gruppo di giovani africani, diede vita al Tanganyka African National Union, di cui divenne il leader carismatico e rispettato e che gli permise di guidare il Paese fino all'indipendenza e per venti anni ancora.

All'inizio del suo governo, come spiega il politologo Cranford Pratt, Nyerere era convinto che le potenze europee, e in particolare la Gran Bretagna, avrebbero assicurato alla Tanzania degli aiuti consistenti, cosa che di fatto non avvenne. Il

giovane leader si trovò dunque a cercare di costruire un Paese che stentava a sopravvivere con risorse scarse e mal utilizzate; la mancanza di aiuti dall'estero, la minaccia di guerre civili e la progressiva formazione di un'élite privilegiata in opposizione con la grande massa di poveri, spinsero Nyerere a cercare nuove strategie e, soprattutto, bisognava lavorare sodo: nell'esortare i suoi compatrioti, Nyerere citava spesso un proverbio swahili: "tratta il tuo ospite come tale per due giorni; il terzo giorno dagli una zappa!". Nel 1966, per dare l'esempio alla classe istruita del Paese, fece ridurre del 20% lo stipendio suo e di tutti gli altri dirigenti politici.

Fin da studente Nyerere aveva riflettuto molto sul significato di democrazia; nel 1962 pubblicò il saggio "*Ujamaa: la base del socialismo africano*", il cui incipit è già di per sé estremamente significativo:

> Socialism, like democracy, is an attitude of mind. In a socialist society it is the socialist attitude of mind, and not the rigid adherence to a standard political pattern, which is needed to ensure that the people care for each others welfare. […] We, in Africa have non more need of being "converted" to socialism than we have of being "taught" democracy. Both are rooted in our own past. (cit. in Snyder, 2001)

Nel saggio si comprende come per Nyerere l'accumulo di ricchezza privata in un contesto di povertà come in Africa, era da considerarsi non solo antisociale ma anche fortemente pericoloso: per sopravvivere il continente avrebbe al contrario dovuto sviluppare tendenze di aiuto reciproco e collaborazione, improntate appunto sull'*Ujamaa*, la "solidarietà familiare", un'uguaglianza economica e politica che riteneva esistesse prima della colonizzazione.

Un passo decisivo nel governo del Paese venne realizzato nel 1967, con la Dichiarazione di Arusha: il governo si impegnò a ridurre nel Paese la dipendenza dagli aiuti stranieri e ad incrementare le capacità proprie della Tanzania. I tanzaniani parteciparono attivamente alla costruzione di nuove scuole, a riparare le strade, a coltivare la terra, a vendere prodotti in cambio di medicinali. Nyerere stesso imbracciò la vanga e si unì ai compatrioti per zappare nei campi.

Al termine del suo mandato, Nyerere riuscì a creare una società relativamente stabile, riducendo al minimo le tensioni tra gruppi etnici e religioni; alzò il tasso di alfabetizzazione portandolo ad uno dei più alti d'Africa (nel 2010 68%, fonte: UNESCO); si impegnò in ambito pan-africano, opponendosi per esempio al regime dell'apartheid in Sudafrica e intervenendo in Uganda nel 1979.

Dopo cinque mandati il *Baba wa Taifa* lasciò volontariamente la presidenza del Paese (1986), tuttavia dopo le dimissioni Nyerere continuò a servire il Paese come mediatore, in particolare nel conflitto con il Burundi del 1996.

Morì nel 1999 e fu sepolto nel suo villaggio natale, Butiama: rimane agli occhi del suo popolo, ma anche del mondo intero una personalità di spicco nella storia della pace.

1.2 La storia attuale

Dopo la Dichiarazione di Arusha, la Tanzania acquistò molta popolarità a livello internazionale, fu obiettivo di numerosi aiuti stranieri e rappresentò il terreno di prova per le nuove teorie dello sviluppo.

Tuttavia, tra la fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta, la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale chiesero una drastica riforma economica e un aggiustamento strutturale che aprissero il Paese al libero mercato e snellissero i settori e i progetti meno efficienti.

Nel 1986, con le dimissioni di Nyerere, il governo tanzaniano accettò le condizioni - fino a quel momento rifiutate in quanto contrarie al socialismo dell'*Ujamaa* - del FMI: la pubblica amministrazione si vide ridotta di oltre un terzo, furono falciati via migliaia di insegnanti e operatori sanitari, furono eliminati fondi per i libri di testo, il materiale didattico e la formazione professionale, furono venduti servizi pubblici vitali come le ferrovie, i prezzi furono livellati su ordine della Banca Mondiale per favorire il libero mercato a scapito dei produttori locali, la guida del governo fu sempre più influenzata dai Paesi finanziatori e i prestiti concessi sempre più accompagnati da forti condizioni.

A partire dagli anni '70 la Tanzania si trovò sommersa da un debito sempre più

rovinoso di cui ancora non è riuscita a liberarsi. Nel 1997 la Tanzania spendeva per pagare i debiti esteri quattro volte più dell'importo destinato all'assistenza sanitaria e, purtroppo, la situazione non è migliorata di molto.

All'inizio degli anni 90, il presidente Ali Massan Mwinyi, succeduto a Nyerere, abbandonò gradualmente l'impianto socialista attuando una serie di riforme e introdusse il multipartitismo. Nelle elezioni del 2005 Jakaya Mrisho Kiwete è stato eletto con l'80% dei voti, confermando l'egemonia del Chama Cha Mapinduzi – il partito nato dalla fusione di TANU e ASP. Le elezioni del 2010 riconfermarono Kiwete, attuale presidente della Tanzania, ma con una maggioranza decisamente inferiore e in seguito a forti tensioni sociali col partito dell'opposizione, il Partito per la Democrazia e il Progresso.

1.3 Popolazione

Con quasi 47 milioni di abitanti, di cui solo il 26% stanziato in centri urbani, e una media di 46 abitanti per kmq, la Tanzania si presenta come un vasto territorio scarsamente popolato la cui estensione è più di tre volte l'Italia e la cui densità è quasi cinque volte inferiore a quella italiana.

In Tanzania vivono all'incirca 130 gruppi etnici, alcune comunità asiatiche e arabe – residuo dell'occupazione araba, i quali nel XVIII secolo avevano occupato Zanzibar e gli insediamenti costieri, spingendosi poi fino alla regione dei Grandi Laghi – relativamente esigue (a Zanzibar invece la presenza araba è più forte) e una piccola comunità europea. Ogni etnia conta un numero molto scarso di individui e questo è uno dei motivi principali per cui nessun gruppo è riuscito a prevalere sugli altri. Vi sono 129 lingue, di cui 126 ancora in uso (e tre estinte). Nella regione di Iringa la lingua più parlata è lo hehe (o kihehe), che nel 2006 contava 805.000 parlanti (fonte: Ethnologue)

Quasi tutte le lingue parlate in Tanzania sono di origine bantu, solo a nord-ovest, verso il confine con il Kenya, si trovano gruppi di lingue nilotiche (come il masai) e, meno diffuse, lingue cuscitiche (e misto bantu-cuscitiche) e khoisan.

Nel villaggio di Ipamba la popolazione è quasi esclusivamente Hehe, gruppo

bantu, anche se nella vicina città di Iringa il panorama etnico è più vario, si trovano, oltre agli *Hehe*, i gruppi etnici *Bena* (provenienti dalla zona di Njombe), *Kinga* (di Makete) e *Chaga* (di Moshi). Inoltre, sono presenti i *Masai*, etnia tra le più conosciute, di origine nilo-camitica (non bantu), che vivono soprattutto nella Tanzania settentrionale. A Ipamba vive una famiglia *masai*.

È importante tenere tuttavia presente che, in seguito alla decisione di Nyerere di abolire il ruolo del capo tribù, le strutture tribali sono deboli se non inesistenti. La politica dell'*ujamaa* ha ridotto al minimo le frizioni tra gruppi etnici e i tanzaniani sono generalmente cortesi e socievoli. Un momento fondamentale è quello del saluto, durante il quale si chiedono notizie dell'interlocutore, della sua famiglia, del lavoro, della giornata e così via. Di solito stringendosi la mano e senza lasciarla fino alla fine dei convenevoli.

1.4 Religione

In quasi tutte le città e i villaggi della Tanzania si trovano una moschea o una chiesa, o entrambe; ciononostante non esistono dati statistici ufficiali che attestino l'esatta eterogeneità religiosa in quanto, dopo il 1967, il governo ha deciso di escludere per motivi politici i censimenti; pertanto vi sono solo dati discordanti.

I dati più diffusi attestano una quasi parità tra i fedeli cristiani, islamici e di credenze indigene (ad esempio, secondo Index Mundi, i cristiani sarebbero il 30% della popolazione, i musulmani il 35%, e il 35% manterrebbe credenze indigene; a Zanzibar invece più del 99% della popolazione sarebbe musulmana) tuttavia, secondo un recente studio dello statunitense "United States Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor", il 62% della popolazione è ormai cristiana, il 35% musulmana e solo un 3% mantiene le religioni tradizionali. Bisogna sempre tenere presenti i limiti di questo tipo di censimenti, e considerare che l'adesione al cristianesimo, ad esempio, non implica l'abbandono di riti e credenze tradizionali (ad esempio la stregoneria, come si vedrà anche in questo lavoro). Sono inoltre presenti comunità esigue ma molto attive di hindu, sikh e ismaeliti. A fronte di questa notevole eterogeneità il confine tra fedi indigene e religioni cristiana e islamica spesso non è

così definito ed è facile assistere a fenomeni misti.

È molto interessante notare la posizione assunta dall'Islam nei Paesi dell'Africa dell'Est, e soprattutto in Tanzania, Uganda e Kenia. Arye Oded, nell'articolo *Islam et politique en Afrique de l'Est (Kenia, Ouganda et Tanzanie)* del 2005, fa notare come i musulmani in Tanzania siano concentrati soprattutto nelle zone più strategiche, come appunto a Dar Es Salaam o lungo le coste o le antiche vie carovaniere e a Zanzibar, dove raggiungono addirittura il 99%. Questa non casuale concentrazione, dipendente dal fatto che l'Islam fosse diffuso dai mercanti, che erano allo stesso tempo missionari, è indice dell'importanza altrettanto strategica che i musulmani godono nell'Africa Orientale (e in generale ovunque in Africa).

I governi dei tre Paesi hanno concesso numerose rivendicazioni ai musulmani, proprio per ottenere appoggio politico e per dimostrare di non aver nessun pregiudizio contro l'Islam. Per esempio, la fine del Ramadan è giorno festivo in tutti e tre i Paesi. La presenza musulmana è stata allo stesso tempo consolidata dall'attivismo e dal sostegno finanziario ed economico dei Paesi Islamici quali l'Egitto, la Libia, l'Arabia Saudita, e spesso seguaci di fedi indigene si convertono alla religione musulmana attirati dal clima di profonda unione e festosità, o per assicurarsi vantaggi più materiali, quali cibo e acqua garantiti ai fedeli.

Arye Oded fa tuttavia notare che la Tanzania è un Paese dichiaratamente laico, pertanto è stabilita una separazione netta tra religione e Stato, fattore in contrasto con la fede islamica, che di fatto non adotta una simile distinzione. Questo elemento, accanto all'innegabile presenza cristiana soprattutto nelle sfere politiche più alte – conseguenza delle vicende storiche che hanno legato l'istruzione alle missioni cattoliche e al colonialismo – riesce a bilanciare la forte presenza islamica e a mantenere un equilibrio piuttosto stabile.

Se quindi la presenza musulmana è probabilmente destinata a consolidarsi e ad accrescere, è anche vero che i musulmani dell'Africa dell'Est sono moderati e che vogliono migliorare le condizioni di vita loro e del Paese in maniera pacifica. Fenomeni di estremismo islamico si sono verificati nel corso degli anni novanta, soprattutto su pressione straniera, ma sono stati duramente repressi dai governi africani. Sebbene continuino a riaffiorare, oggi le tensioni religiose si mantengono ad un livello piuttosto basso e in ogni caso nella vita politica la religione svolge un ruolo

secondario.

1.5 Il sistema sanitario

In un'intervista di Giuseppe Falcomer – volontario dei Caschi Bianchi – a Mario Battocletti – chirurgo di Medici con l'Africa Cuamm operante dal 2006 in Tanzania – sulla situazione del sistema sanitario tanzaniano, il medico dichiara:

> Il sistema sanitario in Tanzania presenta la classica impostazione di molti Paesi africani e dopo la dichiarazione di Alma Ata del 1978 ha assunto l'approccio della cosiddetta *Primary Health Care*, ovvero un sistema sociosanitario tendente a soddisfare i bisogni di salute di una popolazione in modo integrale, tenendo conto di tutti i fattori che influiscono negativamente o positivamente su di essa. Le attività fondamentali previste sono la salute materno infantile, compresa la pianificazione familiare, le vaccinazioni contro le più importanti malattie infettive, la diagnosi e il trattamento delle malattie più comuni e i servizi d'urgenza per la chirurgia, la traumatologia, l'ostetricia, il rifornimento di acqua 'pulita', l'educazione sanitaria e la promozione della salute. (Fonte: Cuamm)

Il chirurgo continua affermando che, se quanto citato sopra è valido a livello politico-economico, di fatto il sistema sanitario si è strutturato su modello inglese, puntando ad un utilizzo il più efficiente possibile delle risorse; in particolare, nell'impossibilità di servirsi di molti medici qualificati, in quanto troppo costosi per la formazione, è nato il concetto dell'*Assistant Medical Officer*, una figura intermedia tra medico e infermiere, in grado di curare diverse patologie ma con una formazione di soli tre anni.

Il sistema sanitario tanzaniano si è quindi notevolmente sviluppato a livello di infrastrutture, presenti in maniera capillare su tutto il territorio, ma l'assistenza ospedaliera e la qualità delle cure mediche rimangono piuttosto carenti. L'esigenza di formare dei medici in maniera qualificata è impellente, anche perché per saturare il mercato – in modo che i medici inizino ad operare anche nelle città più piccole –

saranno necessari almeno vent'anni.

Un report del 2012 di Alberta Bacci sull'Ospedale di Tosamaganga, attesta che è presente in Tanzania solo il 35% del personale necessario a soddisfare i bisogni di salute della popolazione. La Tanzania ha decentralizzato il sistema sanitario attraverso 131 distretti responsabili di dispensare i servizi sanitari per mezzo di una rete di ospedali, centri di salute e dispensari, di cui il 64% sono pubblici e il 36% privati (tra cui quelli gestiti da enti religiosi o organizzazioni no-profit)

Nella fattispecie, nell'anno 2010 in Tanzania sono stati registrati dal *Ministry of Health and Social Welfare (National Bureau of Statistics, Ministry of Finance, June 2011)* 240 ospedali, 687 Centri di Salute e 5390 dispensari.

Inoltre un grande divario esiste tra città e periferia: mentre le prime offrono più servizi, personale espatriato e farmaci, nelle periferie è raro trovare cure adeguate, solitamente ci si limita ad avamposti gestiti dagli Assistant Medical Officers, cioè i dispensari. Nelle zone rurali inoltre i problemi di salute sono più gravi, soprattutto per una maggiore presenza di malnutrizione e di malattie in città più facilmente curabili grazie a un più rapido accesso a medicine, acqua pulita, alla rete fognaria e ai servizi igienici. Pertanto, sempre secondo Mario Battocletti, il sistema della *Public Health* dovrebbe iniziare proprio dalla periferia, anche se raramente i medici sono disposti a recarvisi, in quanto estremamente isolati.

Nell'*Annual Report 2008* del CUAMM, la cui la presenza nel territorio tanzaniano risale al 1968, si leggono gli impegni attuali:

> La concentrazione di interventi e risorse in una regione e a livello di distretti è in linea con il nostro piano strategico che punta al rafforzamento dei sistemi sanitari distrettuali per aumentare la disponibilità, l'accessibilità e la qualità dei servizi, al fine di raggiungere gli Obiettivi Sanitari del Millennio (miglioramento della salute materna, diminuzione della mortalità infantile e riduzione delle grandi endemie di HIV – AIDS, tubercolosi e malaria).

1.6 *Development* e *Millennium Goals*

Lo sviluppo è una sfida quotidiana in un ospedale africano. Nel 2011 Medici con l'Africa Cuamm ha avviato il progetto quinquennale *Prima le mamme e i bambini* in quattro distretti di quattro paesi africani: Angola, Etiopia, Uganda e Tanzania. Per la Tanzania il progetto è stato avviato nel distretto di Iringa, a cui afferisce l'ospedale di Tosamaganga. L'ospedale di Tosamaganga è stato costruito nel 1968 e appartiene alla Diocesi di Iringa. In seguito agli accordi firmati con il Governo nel 2009 è stato formalmente riconosciuto come ospedale di distretto, con un bacino d'utenza di circa 265.000 persone.

Il progetto si propone di garantire il parto sicuro e ridurre la mortalità infantile, in linea con i *Millennium Development Goals*, otto obiettivi che, nel settembre 2000, 191 capi di Stato e di Governo si sono impegnati a raggiungere entro il 2015. Tra questi obiettivi Medici con l'Africa Cuamm si impegna a lavorare soprattutto per il raggiungimento degli obiettivi numero quattro (ridurre la mortalità infantile), cinque (migliorare la salute materna) e sei (combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie):

> GOAL 4: REDUCE CHILD MORTALITY
>
> Target 4.A: Reduce by two thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate
>
> GOAL 5: IMPROVE MATERNAL HEALTH
>
> Target 5.A: Reduce by three quarters the maternal mortality ratio
>
> Target 5.B: Achieve universal access to reproductive health
>
> GOAL 6: COMBAT HIV/AIDS, MALARIA AND OTHER DISEASES
>
> Target 6.A: Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS
>
> Target 6.B: Achieve, by 2010, universal access to treatment for HIV/AIDS for all those who need it (http://www.un.org/millenniumgoals)

La Tanzania ha aderito ai MDGs nel suo *Poverty Monitoring System* dal 2001 e attualmente sono al centro delle strategie per la crescita e la riduzione della povertà (MKUKUTA II e MKUZA II). Il caso della Tanzania è piuttosto atipico, qui infatti

l'affluenza al parto assistito è molto elevata (diversamente da altri paesi) ma i servizi disponibili sono qualitativamente scarsi. Secondo i dati raccolti dal CUAMM, nel 2012 (l'anno di partenza del progetto) vi sono stati 7.657 parti assistiti, con copertura del 90 % (sui parti attesi nel distretto), di cui 2.174 nel solo ospedale di Tosamaganga. Di questi, nell'ospedale di Tosamaganga, 646 sono stati con taglio cesareo (il 7.6% rispetto al numero dei nati attesi, standard 5-15%) e il tasso di mortalità materna per cause ostetriche dirette nell'ospedale è risultato essere di 1,9% (lo standard è <1). La proporzione di morti materne per cause indirette è invece del 60%. I punti in cui l'ospedale di Tosamaganga è risultato più carente, in base al Report del 2012, realizzato con l'*Assessment tool for the quality of hospital care for mothers, newborn and child* (WHO 2009) sono:

0 – 0,9	**Sostanziali miglioramenti necessari per evitare seri rischi per la salute delle donne e del neonato**
0,1	Reparto di neonatologia
0,1	Cure del neonato con complicanze
0,3	Assistenza al neonato non complicato
0,5	Disponibilità equipaggiamenti e materiale monouso
0,5	Linee guida e processi di auditing
0,75	Monitoraggio e follow-up (madri)
0,88	Assistenza al parto normale
1 – 1,9	**Miglioramenti necessari per evitare rischi per la salute delle donne e del neonato**
1	Infrastrutture
1	Accesso alle cure ospedaliere
1	Reparto di maternità
1	Gestione delle complicanze materne
1,1	Taglio cesareo
1,17	Dati statistici
1,5	Gestione emergenze
1,75	Controllo infezioni e assistenza al paziente
2 - 3	**Miglioramenti necessari per minimizzare ulteriormente**

	potenziali rischi per la salute nel pieno rispetto della dignità e dei diritti delle donne e dei neonati
2,4	Disponibilità di farmaci
2,66	Supporto diagnostico del laboratorio

Questo obiettivo di promozione della salute materna e infantile è un progetto di sviluppo che si inserisce in un preciso contesto socio-culturale.

L'età dello sviluppo è stata lanciata dal presidente Truman in un discorso alle Nazioni Unite nel 1949. In questo discorso ha affermato: «*Greater production is a key to prosperity and peace*» inaugurando un'epoca in cui tutto il mondo è stato coinvolto nei processi di sviluppo, e

> *all the culture were placed on a single progressive track along which their place – their wealth and power – depended on two factors: their level of monetary revenue and their degree of technological advancement*. (Cangiani, 2012: 112)

In questo modo si è costruito il concetto di Terzo Mondo, che legittima una serie di interventi da parte del cosiddetto Primo Mondo.

Morrissey e Harcourt indicano che «*development is about the politics of achieving social justice through economic growth*» (Morrissey e Harcourt in Cangiani, 2012: 35) e Kari Polanyi Levitt precisa:

> *Development has been reduced to poverty alleviation as illustrated emphasis on the UN's Millennium Development Goals. Social policy is important, but it is not a substitute for measures to enables states to protect societies from the predatory activities of international capital. Development in a meaningful sense implies a social and economic transformation to eradicate injustices of the past whether of imperialist or traditional origin.*» (Polanyi Levitt in Cangiani, 2012: 16-17)

Il discorso sullo sviluppo tocca diversi punti chiave, come la relazione

pubblico/privato, l'ecologia, e una decostruzione del concetto di ricchezza. Per quanto riguarda il rapporto pubblico/privato, «*global capital has non social responsibility*» (*ibid.)*. È al pubblico che spetta il compito di "proteggere" gli interessi della comunità, il governo deve essere «*able to make and enforce laws to defend society against the destructive capacities of the global market to invade, reorganize and exploit human and natural resources*» (*ibid.*).

Ma spesso quella che sfugge è proprio la dimensione *locale*, le politiche di sviluppo si basano sull'equivalenza crescita=sviluppo, tralasciando però di considerare le versioni locali di benessere. Questo errore molto comune è anch'esso derivante da una prospettiva economica etnocentrica: immersi nell'ottica del capitalismo risulta difficile giudicare le altre economie con parametri diversi. Come ha suggerito Wolfgang Sachs, sulla scia di Polanyi, il capitalismo è «*a society that does not* have *a economy, but* is *an economy*». (Cangiani, 2012: 109)

Altra dimensione che sta diventando sempre più importante nel discorso sullo sviluppo è l'ecologia, tutte le società nella loro storia hanno dovuto relazionarsi con l'ambiente, tuttavia è un dato di fatto, come spiega Palmeri (Cangiani 2012), che le società "tradizionali" hanno saputo rapportarsi con la natura in maniera sostenibile. Semplicemente, le società che hanno sfruttato l'ambiente naturale in maniera sconsiderata, sono scomparse. E questo è il caso, ad esempio, degli abitanti dell'isola di Pasqua.

Dall'avvento dell'industrializzazione in Occidente vi sono stati una serie di cambiamenti a discapito dell'ambiente e dei lavoratori della terra. Il nuovo motto era produzione e accumulo, le risorse naturali erano pensate come inesauribili e l'inquinamento non era ancora visto come dannoso. Come sottolinea Polanyi (1983), questa radicale trasformazione ha avuto inizio nell'Inghilterra elisabettiana, con la privatizzazione delle terre prima comuni, per favorire l'industria della lana. Questo ha portato una serie di reazioni a catena, un'urbanizzazione sconsiderata, un incremento tecnologico e condizioni di vita molto precarie per i lavoratori salariati.

Per molto tempo il capitalismo non si è preoccupato della fallibilità del sistema, recentemente però l'ecologia ha fatto la sua comparsa, e la sua posizione si fa sempre più forte. Così, come scrive Corinne Gendron,

> environmental economists believe that *the ecological crisis is a direct consequence of economic formalism's disembodiment from ecological realities and of its conceptualization of the economy as a close system, independent of the natural substrate of life and human activity*. Hence, it was imperative to correct this historical aberration and its harmful consequences *by reconstituting the broken but critical link between the economy and the environment*.» (Gendron in Cangiani, 2012: 68, corsivo dell'autore)

Si parla oggi di «*ecological economics»*, un tentativo di risolvere le problematiche ambientali derivanti dal conflitto tra due sistemi logici differenti: quello economico, che è «*linear, unlimited, and deterministic»*, e quello ecologico, «*circular, limited and chaotic»* (Gendron in Cangiani, 2012: 71)

Il capitalismo, come evidenza Palmeri, ha distrutto centinaia di società e quel che è peggio e più insidioso, è che le società tradizionali che ancora sopravvivono sono viste come arretrate e povere e, dunque, «*this has made them immediate targets for "development assistance" aimed to increase partecipation in the market*» (Palmeri in Cangiani, 2012: 90). Sarebbe più saggio preservare la diversità culturale: spesso i piani di sviluppo falliscono, di fronte all'efficacia dei sistemi "tradizionali" che volevano soppiantare.

Infine non bisogna trascurare di domandarsi a cosa mira lo sviluppo, a un migliore benessere, una maggiore ricchezza? Sono interessanti a tal proposito le critiche di Sahlins: comunemente in Occidente immaginiamo una società dell'opulenza come una società ricca, in cui tutti i bisogni dell'uomo trovano soddisfazione. Ma nel sistema di mercato i bisogni sono creati dal mercato, vi è una spinta all'accumulazione per raggiungere l'illusione di un sempre maggiore benessere. Tuttavia, se riuscissimo a uscire dallo schema capitalistico e a rivalutare i reali bisogni dell'uomo ci accorgeremmo, come fa notare Marshall Sahlins, che quella dei cacciatori e raccoglitori è l'originaria società dell'opulenza:

> Due sono infatti le vie possibili all'opulenza. Si possono "facilmente soddisfare" i bisogni o producendo molto o chiedendo poco. (Sahlins, 1980: 13-14)

È un errore comune considerare l'economia di queste società come una mera economia di sussistenza, e queste popolazioni sempre sull'orlo della fame. Queste società hanno adottato un'economia e una prospettiva molto diverse da quella del sistema di mercato. Ed è altrettanto importante, come scrive Polanyi, ricordare l'ambiguità di fondo del termine "economia" e prestare maggiore attenzione all'aspetto sostanziale, centrato sui mezzi di sussistenza.[1]

Secondo Serge Latouche, la chiave per uscire dalla spirale di sviluppo e accumulo della ricchezza e del benessere in cui la società occidentale è avviluppata è la *decrescita*. Con questo slogan provocatorio Latouche non intende il ritorno all'età della pietra, ma una presa di consapevolezza e responsabilità nei confronti della crisi ecologica e una critica alla tecnologia e allo sviluppo.

Una società che si basa sul principio «growth for growth's sake» non è né sostenibile né desiderabile:

> such a society is not sustainable because it clashes with the limits of the biosphere. […] Is not desirable for at least three reasons: it causes a rise in inequalities and injustices; it creates a highly illusory well-being; it does not create for the "well-off" themselves a convivial society but a corrupted anti-society suffering from its wealth. (Latouche in Cangiani, 2012: 146-147)

Secondo Latouche la decrescita non sarà una, uguale per tutti, ma lascerà spazio alla creatività e rafforzerà il locale, attraverso la re-localizzazione. È necessario che ogni società trovi la sua via per uscire dal «*productivist totalitarism»,* ribadire e difendere il valore della differenza contro l'omologazione dell'«*homo œconomicus»* e salvaguardare le risorse naturali, che non sono inesauribili.

---

1 Si rimanda alle parole di Polanyi stesso sul duplice significato di economico: «Il primo significato, quello formale, deriva dalla natura logica della relazione mezzi-fini, come in *economizzare* o *economico*; da questo significato discende la definizione di *economico* basata sulla scarsità. Il secondo significato, quello sostanziale, rinvia al fatto elementare che gli esseri umani, come tutti gli altri esseri viventi, non possono mantenersi in vita senza un ambiente materiale che li sostenga; è questa l'origine della definizione sostanziale di *economico.»* (Polanyi, 1983: 42)

«*In particular, we have to consider that wealth is not only money. The* real *wealth can be also having friends, doing interesting things, etc.*» (Latouche in Cangiani, 2012: 149)

2 IL PRIMO IMPATTO

> Immaginatevi quindi mentre fate il vostro primo ingresso nel villaggio, soli o in compagnia del vostro cicerone bianco. Alcuni indigeni vi si affollano intorno, specialmente se sentono odore di tabacco, altri, i più nobili e i più anziani, rimangono seduti dov'erano. Il vostro compagno bianco ha il suo modo abituale di trattare con gli indigeni e non capisce né lo interessa molto il modo in cui voi, come etnografo, vorreste entrare in contatto con loro. La prima visita vi lascia con la fiduciosa sensazione che se ritornerete da solo le cose saranno più facili. Questa almeno fu la mia speranza. (Malinowski, 2011: 13-14)

E questa fu anche la mia speranza. Quando finalmente il responsabile Paese di Medici con l'Africa Cuamm mi disse che aveva tempo per presentarmi ufficialmente in ospedale mi accompagnò – invece che dalla direttrice, come avevo chiesto e immaginato – nel *wanyafilo* [il termine significa donne che che attendono il parto]. Si tratta di un paio di stanzoni nei quali le donne in gravidanza attendono il parto: arrivano qui da villaggi anche molto lontani alcuni mesi prima della presunta data del parto. In ogni stanza ci sono una ventina di letti, semplici strutture di ferro con materassi in gommapiuma un po' malconci e zanzariere azzurre che pendono dal soffitto. Durante il giorno le zanzariere rimangono annodate, ma spesso sono lasciate così anche la notte, mi hanno detto che pullulano di insetti. Come i materassi, del resto.

Queste due stanze non fanno parte del reparto di maternità, sono anche fisicamente lontane. Il reparto di maternità vero e proprio si compone di una piccola anticamera dove il medico riceve le donne, a sinistra di questa la sala parto – con sei letti – comunicante con la stanza nella quale le donne che hanno partorito per via vaginale sono ricoverate per le ventiquattro ore seguenti il parto; oltre questa, ma indipendente, una stanza dove terminano la gravidanza le donne per cui si sospetta qualche complicazione e, a destra dell'anticamera, la stanza dove invece sono ricoverate le donne che hanno partorito con taglio cesareo (i primi due giorni completamente allettate, i successivi otto invece possono alzarsi).

Quando il referente in loco del Cuamm[2] mi ha accompagnata nelle stanze del *wanyafilo* erano presenti solo quattro donne, che nel vederci sono ammutolite. Stavano in piedi con un certo timore reverenziale e gli occhi bassi, il mio accompagnatore ha provato a dire qualcosa, ma loro non parlavano inglese e lui non parla swahili. Così ha chiesto a me di dire qualcosa. Io, con il mio swahili da principiante, mi sono presentata e ho tentato di chiedere la loro provenienza. Solo che ho confuso i termini villaggio e paese, per cui mi hanno guardata un po' perplesse e mi hanno risposto Tanzania. Fortunatamente questo imbarazzante incontro è durato poco. Quando ci siamo allontananti, il mio accompagnatore ha dichiarato che lui più di così non poteva fare. Come Malinowski ho avuto la "fiduciosa sensazione" che da sola sarebbe stato meglio.

2.1 Il villaggio

Il villaggio di Ipamba, presso il quale ho svolto la mia attività di ricerca, si trova nella regione di Iringa, città affacciata sulla valle del *Little Ruaha River* e attualmente capoluogo di regione. Iringa fu fondata all'inizio del XX secolo dai tedeschi, che vollero sfruttare la sua strategica posizione come bastione contro la popolazione indigena degli Hehe; oggi la città è un importante centro agricolo e via d'accesso per il Ruha National Park.

A pochi chilometri di distanza da Iringa (circa quindici), sulla sommità di una collina circondata da campi di mais, si trova la missione di Tosamaganga, fondata subito dopo la conquista tedesca da monaci benedettini (1896) per poi passare sotto la responsabilità dei padri missionari della Consolata (1923). Ai piedi della collina il villaggio di Ipamba e l'ospedale.

Quando è stato costruito l'ospedale (nel 1967), attorno vi erano solo una manciata abitazioni ma, ben presto, il luogo ha conosciuto una forte affluenza, attirata dalle nuove prospettive lavorative, e si è formato quello che ora è il villaggio di Ipamba.

2 Cioè il rappresentante Paese dell'ONG Medici con l'Africa Cuamm, che risiede a Iringa e si occupa di salute pubblica e della gestione dei progetti Cuamm nell'ospedale di Tosamaganga e, in generale, in tutte le strutture sanitarie tanzaniane in cui il Cuamm opera.

Non ho potuto avere dati certi sulla popolazione, ma probabilmente si tratta di diverse centinaia di abitanti; quasi tutti sono di etnia Hehe e cristiani cattolici, anche se vi sono circa una decina di famiglie musulmane e una famiglia anglicana.

A Tosamaganga è situata la chiesa principale, e all'interno dell'ospedale c'è una cappella; una delle strade che collegano il villaggio e la missione costeggia il cimitero religioso, dove sono sepolti solamente i preti e le suore, espatriati e locali. Gli abitanti del villaggio seppelliscono i loro morti in un altro cimitero, più distante. Non c'è una moschea, anche se andando verso la città, Iringa, se ne trovano numerose.

Il villaggio è strutturato intorno ad una via centrale, sulla quale si affacciano i negozi, i bar e qualche ristorantino; questa via attraversa nel senso della lunghezza tutto il villaggio, è in terra battuta ed è praticamente impossibile per le macchine transitarvi, pur essendo abbastanza larga. Il problema sono le vie di accesso a questa zona centrale: viottoli stretti e/o molto sconnessi. Tuttavia le moto, mezzo di locomozione molto apprezzato, vi circolano liberamente. Gli edifici sono quasi tutti in muratura e con il tetto in lamiera, anche se man mano che ci si allontana dal centro compaiono capanne di fango con il tetto di paglia. Tutte le case hanno l'elettricità, mentre per l'acqua ci sono dei rubinetti disposti nei cortili o in luoghi comuni a più case. Da circa vent'anni il villaggio, grazie ad una sorta di acquedotto, riceve acqua pulita di sorgente. Prima veniva utilizzata l'acqua del fiume Ruha (che scorre lì vicino) e dove ogni sabato le donne si recano a fare il bucato.

Per entrare in contatto con gli abitanti del villaggio ho cercato un punto d'inizio e l'ho trovato nel biliardo: alla fine della via centrale infatti si trova un tavolo da biliardo, sistemato all'aperto sotto un tetto di paglia, e ogni pomeriggio, tranne la domenica, i giovani del villaggio si ritrovano lì per giocare e trascorrere il tempo in compagnia. Verso sera, prima che cali il sole (solo alla fine della mia permanenza hanno sistemato una lampadina ad illuminare il tavolo), giocano a soldi, ma nelle ore precedenti si tratta di normali partite a biliardo, riservate comunque ai maggiori di diciotto anni. Solo gli uomini sono coinvolti, spesso passavano donne con carichi di legna o cesti sulla testa, ma non si fermavano né salutavano. A meno che non si trattasse della proprietaria del negozio-bar lì vicino, una signora voluminosa e arrogante, che vende birra e *ulanzi,* una delle varianti di alcool locale. In generale ho avuto molte più difficoltà a instaurare una relazione con le donne, piuttosto che con

gli uomini.

Tuttavia anche questa frequentazione del tavolo del biliardo – seppure in compagnia maschile – mi è stata utile, uno dei giocatori era un insegnante di inglese, con cui riuscivo a conversare abbastanza agevolmente. E la mia presenza non è passata inosservata, la notizia si è diffusa rapidamente e un pomeriggio, mentre chiacchieravo con le cuoche della guest house dove alloggiavo, queste mi hanno chiesto molto divertite se era vero che giocassi a biliardo, e ciò ha offerto lo spunto a una di loro, Leonida, per proporre alla collega, Brigitta, di invitarmi a casa sua, molto vicino al tavolo da biliardo. È stato strano che non mi avesse invitata direttamente Brigitta, ma Leonida ha una personalità molto più vivace e socievole. Riporto dal mio diario di campo le impressioni sul mio primo ingresso in una casa:

> Oggi sono stata invitata a casa di una delle dade [scorrettamente chiamavamo così le signore che lavoravano alla guest house: *dada* significa sorella ma noi italianizzavamo il plurale], da mama Deo (qui le signore si chiamano mama e il nome del primo figlio/a). Abita in una capanna con il tetto in lamiera e credo ci siano diverse stanze. Lei mi ha fatto accomodare in salotto, una stanza lunga e stretta (circa 4 x 1.5 m), con due divani e diverse poltrone (con poggiatesta e centrini simil-ricamati), un tavolino, una credenza e una tv, accesa su un canale di video musicali..mi ha voluto offrire una soda e l'ho trovato un pensiero molto gentile, considerando che costa 40 cent e lei guadagna 60 euro al mese. Mi ha chiesto quale preferivo e ha mandato il nipote a comperarla apposta. Mi sono offerta di condividerla con l'altra nipotina, di tre anni. Brigitta ha figli già grandi, ha 43 anni e due anni fa è morto suo marito e i parenti del marito hanno comprato al figlio maggiore (che ha 23 anni) una moto, così può guadagnare qualcosa. Perché qui le moto funzionano un po' come taxi, in alternativa ai *daladala* [gli autobus locali, dei mini van]. Bè è stato un poco imbarazzante, le mie competenze linguistiche erano assolutamente inadeguate, per un po' sono stata da sola con questa bambina, una ragazza che piegava delle *kanga* [stoffe locali] e un gatto a guardare la tv. Giusto per non stare immobile ho accarezzato e giocato un po' con il gatto, avrà pensato che era il suo giorno fortunato, ha cominciato a fare le fusa e non mi si staccava più..pelle e ossa! Poi anche quando è tornata, la mia ospite era molto interessata alla tv e i miei tentativi di

> conversazione cadevano nel vuoto..ma alla fine mi ha accompagnata per un pezzo verso casa e ci siamo fermate a salutare qualcuno..venerdì sono invitata a casa di un'altra *dada* e domenica invece a casa di uno dei guardiani, che mi ha chiesto di fare delle foto ai suoi figli..la cicciona del negozio di *kanga* (gliene ho comprata una e poi sono ritornata con le ostetriche che ne hanno comprata un'altra) ogni volta che mi vede passare mi dice *rafiki rafiki* [amico/a, amico/a] e si sbraccia! E qualcuno mi saluta per nome, tantissimi mi salutano e basta, qualcuno mi chiede dove sto andando e un paio hanno provato a chiedermi soldi, ma non con grande convinzione. (Dal diario di campo, 20 aprile 2013)

In seguito sono stata invitata diverse volte a pranzo o a bere del tè. Spesso le mie ospiti erano preoccupate per le mie abitudini alimentari e mi facevano trovare del pane – loro lo mangiano solo a colazione – e talvolta anche delle posate. È cortesia lasciare qualcosa nel piatto dicendo *nimeshiba*, sono sazio, ricevendone in cambio grandi sorrisi compiaciuti. Cortesia che per altro non risultava difficile viste le porzioni enormi di riso o *ugali* (una polenta bianca senza sale) che usano mangiare.

Presto mi sono accorta di essere abbastanza conosciuta – ero facilmente identificabile – e questo comportava una serie di saluti e visite obbligate quando passavo per qualche zona del villaggio. Ciononostante non tutti hanno avuto un atteggiamento amichevole nei miei confronti, alcuni mi evitavano e deridevano apertamente il mio interprete, che mi accompagnava quasi sempre.

I bianchi in swahili sono chiamati *wazungu*, un termine specifico che non indica il colore bianco[3], ma è un nome con cui siamo identificati. Quando per strada qualcuno voleva attirare la mia attenzione, mi si rivolgeva sempre con *mzungu* (il singolare di *wazungu*), solo quelli con cui ho stretto un rapporto di maggiore confidenza mi chiamavano per nome. A lungo andare mi è risultato un po' fastidioso venire continuamente chiamata *mzungu*, anche perché sospetto non sia esattamente un termine neutro. Nonostante i locali mi abbiano confermato più volte che non ha assolutamente alcun tipo di connotazione, *mzungu* ha la stessa radice del verbo *kuzungumza,* che significa chiacchierare. Pare che chi ha ideato questo nome

3 Il termine bianco (*nyeupe*), è riservato ai tanzaniani dalla pelle più chiara. Ogni gradazione di colore è infatti indicata con un termine specifico, i locali non si considerano indistintamente "neri".

considerasse i bianchi gente che va in giro senza far niente, a chiacchierare. Pregiudizio che, peraltro, con il mio lavoro, ho ampiamente confermato.

2.2 L'ospedale di Tosamaganga

L'ospedale di Tosamaganga è di proprietà della diocesi cattolica di Iringa, con la quale l'ONG Medici con l'Africa Cuamm collabora dal 1967, sulla base di un accordo stipulato con la Diocesi e con il Governo locale. Medici con l'Africa CUAMM riceve a sua volta fondi e finanziamenti per molti progetti da privati o da altre associazioni, come recentemente la *MIDAC Spa* (azienda leader nella produzione di batterie trazione, avviamento e stazionarie con sede a Soave) per la realizzazione inaugurata il 28 gennaio 2012 della nuova sala parto, o *l'Azienda Farmaceutica Sella* per sostenere le cure ostetriche a mamme e bambini.

Il bacino d'utenza dell'ospedale è l'*Iringa District Council,* che si estende per un'area di 20.576 kmq, di cui tuttavia meno di 10.000 sono abitati: il resto è occupato da parchi nazionali, foreste, montagne rocciose e acqua. Il distretto conta all'incirca 275.000 abitanti, di cui 40.000 bambini sotto i cinque anni e 65.500 donne in età riproduttiva. La sola città di Iringa conta circa 110.000 abitanti.

Oltre all'ospedale religioso di Tosamaganga, nell'area sono attivi anche 5 Centri di Salute, di cui 4 governativi e 1 affidato ad una ONG, e 58 dispensari, di cui 42 governativi, 14 diocesani e 2 privati. Ad Iringa è presente inoltre una clinica privata e un ospedale statale, a cui tendenzialmente viene comunque preferito l'ospedale di Tosamaganga. Da quello che ho potuto percepire raccogliendo voci in giro, la qualità del servizio nell'ospedale di Iringa è inferiore; essendo pubblico magari offre servizi a un costo inferiore rispetto a quello di Tosamaganga ma se non ha fondi non fornisce alcun servizio. Sono i pazienti che devono portare in ospedale i medicinali e gli strumenti necessari alla loro terapia, e questo è il destino di un po' tutti gli ospedali statali, in un Paese che nel 2009 ha investito il 5,1% del PIL nella salute pubblica (fonte: WHO). Si può semplicemente ma efficacemente sintetizzare: c'è l'ambulanza ma non la benzina. Nonostante vi siano quindi quasi una settantina di strutture sanitarie, è quasi esclusivamente l'ospedale di Tosamaganga ad affrontare le

complicazioni gravi legate al parto ed eventualmente i tagli cesarei.

Il sistema sanitario tanzaniano prevede diverse figure, di tipo medico e paramedico, anche se la distinzione non è così fiscale, in quanto non è raro trovare personale non laureato che svolga mansioni che in altri sistemi sanitari (quelli occidentali) sarebbero considerate di pertinenza esclusivamente medica. Nel 2005 ogni 10.000 persone era presente 0,1 medico (media regionale 2,5) e 2,4 tra infermieri e ostetriche (media regionale 9,1). (Fonte: WHO)

Nello specifico, le figure operanti nel sistema sanitario tanzaniano sono:

-**Rural Medical Aid**: un paramedico responsabile del servizio sanitario svolto in un dispensario.

-**Medical Assistant:** lavora in ospedale assistendo medici laureati o dirige autonomamente un centro di salute.

-**Assistant Medical Officers**: rispetto al *Medical Assistant* vengono aggiunte responsabilità nel campo della chirurgia ostetrico-ginecologica e addominale. La formazione è di tre anni.

-**Doctor**: lavora negli ospedali con competenze di vario livello e nei diversi settori (Pediatria, Ostetricia, Ginecologia, Chirurgia, Medicina Interna, Sanità Pubblica, Amministrazione Sanitaria). Il corso di laurea prevede sei anni, di cui un anno di tirocinio in ospedale.

-**Specialista**: opera in ospedali di livello superiore e, pur esercitando varie mansioni, si specializza in un settore particolare diventandone esperto. La Scuola di Specializzazione dura tre anni ed è necessaria la laurea in medicina.

-**Nurse e nurse-midwife**: personale infermieristico con due anni di formazione.

-**Nurse Aid**: è alle dipendenze dell'infermiere o del personale superiore; la formazione è di un anno.

Le scuole per la formazione del personale richiedono un test d'ingresso.

Nell'Ospedale di Tosamaganga, attenendosi al Report di Alberta Bacci del 2012, lavorano 104 figure sanitarie qualificate, tra le quali anche un ginecologo locale nel Reparto di Maternità. La presenza di uno specialista in questo ospedale è piuttosto rilevante. Solitamente gli specialisti preferiscono lavorare in ospedali importanti nelle grandi città, tanto più che il ginecologo dell'ospedale di Tosamaganga non risiede *in loco*, la sua famiglia vive a Dar-es-Salaam (a 500 km da Iringa) e lui la raggiunge non

appena gli è possibile. Uno dei motivi per cui ha accettato di lavorare a Tosamaganga è che il CUAMM aggiunge mensilmente un extra al suo stipendio.

L'ospedale, a cui si accede percorrendo un viale di eucalipti in terra battuta (che viene spazzato quotidianamente) è suddiviso in sette padiglioni principali, collegati tramite un porticato, ed è costituito da cinque Reparti, con una capienza totale di 158 posti letto (attingo questi dati dal Report di A. Bacci del 2012) distribuiti come segue:

-Reparto Maschile: 30 letti

-Reparto Femminile: 33 letti

-Reparto Maternità: 40 letti e una sala parto

-Reparto di Pediatria: 46 letti

-Reparto di Chirurgia: 14 letti più la Sala di Chirurgia principale che comprende altri 9 letti e si trova in un'ala privata dell'Ospedale.

I pazienti ambulatoriali accedono ad un dipartimento separato comprendente: la Clinica degli Adulti (Adult Clinic), il Centro di Salute Riproduttiva e dell'Infanzia (Reproductive and Child Health), il Centro di Cura e Trattamento (Care and Treatment Centre), l'Unità TB, l'Unità di Salute Dentale, la Chirurgia Minore.

I servizi diagnostici accessibili sono invece il Laboratorio di Analisi e la Radiologia.

Secondo il Report annuale del CUAMM, nel 2012 le visite ambulatoriali sono state 13.151, i ricoveri 6.006 e gli interventi chirurgici maggiori 960. Per interventi chirurgici maggiori si intendono le operazioni che hanno luogo in sala operatoria con anestesia generale o loco-regionale.

Il nuovo Reparto di Maternità è di recente ricostruzione (2011) e conta 40 letti per degenze, una sala parto, un'area per la rianimazione del neonato, una sala operatoria per i tagli cesarei e una sala travaglio.

La decisione di costruire un nuovo Reparto di Maternità è stata presa dal CUAMM in seguito ad un significativo aumento negli ultimi anni di ricoveri ospedalieri, che di fatto superavano la capacità del reparto, con conseguenti mancanze nella qualità delle cure e nei servizi igienici. Essendo il miglioramento delle cure materne e neonatali uno dei principali obiettivi del CUAMM per la Tanzania, è stato deciso di costruire una struttura adeguata ai servizi richiesti.

Attualmente il Reparto di Maternità è molto attivo, in quanto quasi la totalità delle donne del luogo si rivolgono all'Ospedale per il parto e per le prime cure neonatali.

Secondo il Report annuale del CUAMM nel 2012 sono stati assistiti 2.154 parti, di cui 609 cesarei, e sono state effettuate 1.568 visite prenatali.

2.3 Il *wanyafilo*

Quando ho cominciato a frequentare le stanze del *wanyafilo* da sola ho trovato un'altra atmosfera, rispetto alla volta in cui vi ero entrata accompagnata dal rappresentante Cuamm, perché mi presentasse alle donne in attesa. C'era sempre un fondo di diffidenza ma, dopo aver specificato più volte che non sono un dottore, l'atteggiamento nei miei confronti è stato più rilassato. E il mio swahili procedeva parallelamente. Non volevo ancora servirmi di un interprete, mi sembrava troppo presto. Per cui ho spiegato che ero una studentessa e che stavo imparando la lingua, tentavo di conversare e, con le mie basilari conoscenze linguistiche, chiedevo il nome, l'età, il villaggio di provenienza e se erano alla prima gravidanza o quanti figli avevano. Loro mi insegnavano qualche parola e la volta dopo mi interrogavano per controllare se ricordavo. A volte, quando andavo, trovavo una ventina di donne, altre volte solo quattro o cinque, e in generale c'era sempre molto movimento. Gli spazi dell'ospedale più utilizzati sono quelli esterni, i cortili. I pazienti non restano a letto – a meno che non siano fisicamente impossibilitati a muoversi – ma si muovono per l'ospedale, e talvolta anche fuori, a salutare altri pazienti o a conversare con i familiari in visita. Le donne del *wanyafilo* facevano il bucato, preparavano il pranzo (l'ospedale non offre un servizio mensa) e visitavano amiche e conoscenti. Se erano venute da sole, per cucinare e riporre le loro attrezzature e il cibo, potevano servirsi di un corridoio e di qualche stanza oltre le prime due stanze dove dormivano.

Di fronte al reparto di maternità era usuale vedere una fila di donne in gravidanza – o le loro mamme – sedute sulle panche sotto il portico ad aspettare di parlare col dottore o semplicemente a passare il tempo chiacchierando.

Appena fuori dell'ospedale, tra l'ospedale stesso e il villaggio, c'è poi un “accampamento”, una struttura con qualche stanza dove le mamme delle donne in gravidanza possono passare la notte (gratuitamente) e cucinare per le loro figlie. Vivono in questa situazione provvisoria anche per diversi mesi, comprano pomodori,

mchicha (le foglie di zucca, molto usate come verdura cotta), fagioli e – se possono permetterselo – carne o pesce nel mercato del villaggio, ma, come mi ha spiegato Rosa Maria, la mamma di una partoriente, che accudisce la figlia e alloggia nell'accampamento, sono dipendenti dalla famiglia rimasta al villaggio per quanto riguarda i soldi e l'*ugali.* Quasi tutte le famiglie hanno infatti almeno un piccolo appezzamento di terra dove coltivano mais, che poi essiccano, sgranano e macinano per ricavarne la farina.

In un paio di settimane sono diventata l'intrattenimento quotidiano delle donne del *wanyafilo*, soprattutto da quando è arrivata Lucia, una ragazza che accudiva la madre malata, capitata lì un pomeriggio per chiacchierare. Lucia conosce un po' d'inglese e la sua presenza ha notevolmente incrementato le nostre possibilità comunicative. Tramite lei le donne mi hanno fatto sapere che apprezzavano molto – oltre ai miei capelli – il fatto che non facessi differenze razziali e volessi imparare la loro lingua. Ed è stata Lucia la prima a parlarmi della stregoneria, di sua spontanea iniziativa. Purtroppo quando me ne ha accennato siamo state interrotte dall'arrivo di un'infermiera, l'atmosfera si è rotta ed era l'ultimo giorno del ricovero della madre. Subito mi sembrava di aver perso una fonte d'informazione fondamentale, le ho lasciato il mio numero di cellulare e le ho chiesto di farmi sapere quando fosse andata ad Iringa (la città vicino all'ospedale) in modo da poter proseguire il discorso. Non mi ero ancora resa conto di quanto viva e presente fosse la stregoneria nella vita quotidiana, e pensavo che non avrei più trovato qualcuno con cui parlare di stregoneria. Mi sbagliavo, anche se mi sono presto accorta che un muro di sospetto e silenzio circonda questo argomento.

3 RISCHIO, MALATTIA E STREGONERIA

> Nulla di ciò che succede nel mondo dei viventi avviene per caso, ogni cosa deve trovare una giustificazione, sia essa *naturale* o *innaturale*. I due piani della realtà non sono contigui, non si passa dall'uno all'altro superando un confine fisico, bensì essi sono costantemente intrecciati e compresenti. (Micheli, 2001: 30)

Il rischio, la malattia e la stregoneria sono dimensioni della quotidianità strettamente interconnesse, che si sono rivelate e dispiegate nelle conversazioni con le informatrici, assumendo sfumature spesso inaspettate. Sono concetti che ho interpretato alla luce dell'esigenza umana di trovare una spiegazione – un senso – alle vicende negative che capitano, e questa spiegazione è imprescindibile dal contesto culturale e sociale: il profondo bisogno dell'uomo di fronte ad una disgrazia non è tanto la risposta alla domanda "*come* è successo" ma "*perché* è successo".

3.1 Il rischio. Breve excursus: dall'assicurazione marittima al costruzionismo debole.

Il termine *rischio* (la cui etimologia è incerta[4]), dalla sua comparsa, pare nel 1263 – legato a questioni di assicurazione marittima – ha modificato il suo significato e l'ambito semantico di appartenenza. Come sottolinea Ewald, riferendosi alla prima comparsa del termine,

> A quel tempo, il termine rischio indicava la possibilità di un pericolo oggettivo, un atto di Dio, una forza maggiore, una tempesta o qualche altro pericolo del mare non imputabile a una condotta sbagliata. (Ewald, 1993: 226 cit. in Lupton,

4 Come scrive Ligi (2009: 135-138), potrebbe derivare dal tardo latino *risicum* (derivante dallo spagnolo *risco*, scoglio), o dal greco *rizicon* (sorte, fato), o dall'arabo *rizq* ("ciò che viene da Dio"), o dal latino classico *resecare* (tagliare).

2003: 11)

Nelle sue prime apparizione, dunque, il concetto di rischio esclude la responsabilità umana.

Fra il XVI e il XVII secolo il termine rischio si diffuse in Europa anche all'esterno dell'ambito marinaio e assunse vari significati che coprono diverse aree semantiche, da pericolo ad audacia a fortuna: il rischio si lega sempre più all'idea della scelta, inevitabile ma basata su una conoscenza che, sul momento, sarà necessariamente «*intrinsecamente incompleta»* (Ligi, 2009:136). Solo *dopo* sarà possibile valutare la bontà della decisione presa. Emerge dunque anche il concetto di *probabilità,* come strettamente connesso a quello di rischio.

Con l'ingresso nell'Illuminismo l'uomo si arroga sempre più un ruolo di controllo e dominio sul mondo che lo circonda, attraverso la razionalità e la conoscenza scientifica: tramite il calcolo statistico diventa possibile, nel XVIII secolo, quantificare il rischio e monetizzarlo all'interno delle logiche assicurative. A partire dal XIX secolo, inoltre, lo stesso uomo – con i suoi comportamenti – fu considerato fattore di rischio, accanto alla natura.

Il concetto di rischio venne "fissato" nella sua forma definitiva nel 1921, con l'opera di Frank Knight, *Risk, Uncertainty and Profit*, nella quale Knight distingue tra *rischio* e *incertezza*: «il rischio rappresenta una *calcolabilità statistica*, mentre l'incertezza consiste nell'*intrattabilità quantitativa»* (Ligi, 2009: 137). Quest'opera è basilare per la *risk analysis*, i cui esperti si propongono di calcolare oggettivamente i fattori di rischio per raggiungere una sicurezza il più possibile "sicura".

E, come scrive Reddy,

> inventando il "rischio" i moderni avevano eliminato la naturale indeterminatezza o "incertezza". Grazie al mito della calcolabilità avevano imparato a trasformare un cosmo radicalmente indeterminato in uno maneggevole. (Reddy, 1996: 237 cit. in Lupton, 2003: 13)

Nel secolo scorso il rischio è stato oggetto di numerosi approcci teorici e le diverse posizioni si possono riunire in tre orientamenti di base: il realismo, il costruzionismo e

il costruzionismo debole.

Il paradigma *realista* – che si fonda sulla *risk analysis* – di fronte alla consapevolezza che la scienza non può più garantire alcuna certezza, né in termini di pericolo né in termini di sicurezza, passa

> da una prospettiva *deterministica* a una *probabilistica* sulla possibilità di conoscere i nessi causali tra i fatti, il concetto di rischio è manipolato in modo ragionieristico per calcolare la misura di ciò che si può *razionalmente* sperare di raggiungere. (Ligi, 2009: 138)

Il presupposto della *risk analysis* è che l'opinione pubblica sia costituita da individui che agiscono secondo un modello di comportamento razionale e, se così non è, la causa è dovuta ad una differenza di conoscenza tra gli "esperti" e l'"opinione pubblica". Inoltre, i beni potenzialmente a rischio vengono monetizzati e valutati all'interno di un'ottica costi/benefici.

> Si può dire che il rischio R è dato dalla relazione fra il danno (D) associato a un evento e le probabilità (P) che l'evento ha di verificarsi: R = D x P (Ligi, 2009: 138)

Il principale punto critico di questo approccio è quello di considerare gli individui agenti secondo un modello razionale, astraendoli dal contesto sociale e rendendoli estranei a qualsiasi influenza politica o morale. Gli individui vengono così "deculturati".

In una posizione teorica opposta a quella della *risk analysis* si colloca invece il paradigma *costruzionista*, cioè le teorie socio-culturali del rischio, il quale mette in relazione il rischio esclusivamente con fattori soggettivi e, quindi, sociali. «Secondo questo approccio la costruzione è radicale: non esistono rischi in sé, esistono solo convenzioni sociali su cosa sia un rischio o cosa non lo sia.» (Ligi, 2009: 153)

Assume quindi un'importanza preponderante l'attenzione alla dimensione individuale, determinata dal contesto socio-culturale. Si può quindi affermare che

> il rischio R è dato dalla relazione fra la *percezione* della gravità del danno (D) associato a un evento e la *percezione* delle probabilità (P) che l'evento ha di verificarsi. (Ligi, 2009: 152)

Tra i due paradigmi si colloca quello che si può definire come *realismo critico* o *costruzionismo debole*, che è la posizione di Mary Douglas, la quale, in particolare, critica il focalizzarsi sulla percezione individuale, sottolineando come gli individui siano già «imbevuti di assunti acquisiti culturalmente». (Douglas, 1996: 67)

Per questo approccio i rischi sono realtà concrete e oggettive, tuttavia la *percezione* che ne si ha (e quindi le reazioni) varia, ed è influenzata dal contesto sociale, politico e culturale. Quindi, come scrive Lupton,

> ciò che le società farebbero è solo selezionare alcuni pericoli come degni di particolare attenzione. Sono i pericoli che, per ragioni interne alla loro cultura e dati i loro valori e interessi esse definiscono «rischi». Il rischio, cioè, non sarebbe che l'interpretazione e la risposta socialmente costruita a un pericolo reale e oggettivo, anche se la conoscenza che ne abbiamo è sempre mediata da processi sociali e culturali. (Lupton, 2003: 46)

Risulta quindi impossibile elaborare un modello di reazione a un evento potenzialmente dannoso senza tenere conto del contesto sociale e delle razionalità multiple che compongono l'opinione pubblica.

Tuttavia, il pensiero di Douglas risulta piuttosto statico e schematico, tende a fissare i comportamenti in schemi e modelli che escludono la dinamicità e il cambiamento, nella sua riflessione non tiene conto, ad esempio, del fatto che gli individui possano adottare diverse posizioni nei confronti dei rischi nel corso della loro vita. E questo riposizionamento avviene all'interno di un processo di costruzione del sé come soggetto morale, l'etica è parte di ciò che Foucault chiama “tecnologie del sé”. Secondo l'autore, la morale si compone di *codici*, che determinano il valore positivo o negativo conferito ai comportamenti, *atti*, cioè i reali comportamenti degli individui in relazione al codice morale, ed *etica*. L'etica consiste nel processo di diventare un soggetto morale (dove le moralità sono codici istituzionalizzati). Per comprendere quindi il comportamento degli individui di fronte ai rischi, non ha senso

utilizzare un modello di comportamento razionale, come proporrebbe il paradigma realista, ma bisogna considerare i codici morali della società e i tipi di etica, cioè le modalità attraverso le quali gli individui si costruiscono o si considerano come soggetti morali.

Nel corso della mia ricerca, nel confrontarmi con la tematica del rischio, ho adottato l'approccio del costruzionismo debole, considerando cioè i rischi medici come realtà oggettive, ma analizzando anche le percezioni locali di rischio e i codici morali propri al contesto culturale locale.

3.2 La malattia: punizione per una colpa o attacco di stregoneria? Un problema interpretativo incorporato nel contesto sociale.

Nella riflessione sul senso del male, è importante notare, innanzitutto, come male e malattia non siano nozioni identiche *a priori*. Il termine male è portatore di un'ambiguità di fondo, può essere inteso sia nel senso psico-biologico sia in quello morale e cristiano: il cristianesimo ha infatti creato un legame tra male e peccato, per cui, di fronte al dolore e alla sofferenza, la causa viene ricercata a livello dell'individuo, è una responsabilità morale, una colpa commessa.

Questo tipo di legame fa parte dei tre repertori di attribuzione della colpa che ha trattato Douglas (gli altri due accusano gli avversari o il nemico esterno). L'autrice evidenzia come il dispositivo simbolico che fa ricadere il male fisico sul male morale sia molto frequente nella struttura generale del male e nelle modalità di percezione di quest'ultimo delle diverse culture e religioni, non è esclusivo del cristianesimo: in molte società, come ad esempio presso i Kulango della Costa d'Avorio (Micheli 2011a) l'evento negativo è interpretato come una punizione per un comportamento contrario alle norme della tradizione, o per un'offesa nei confronti degli antenati.

Altra distinzione spesso non facile è quella tra le categorie di malattia e sventura, dal punto di vista della causalità. Scrive N. Sindzingre:

> nella prospettiva della spiegazione, esse occupano posti omologhi; e poiché segnano entrambe un cambiamento di stato, un distacco dall'ordine normale

> delle cose, sono entrambe concepite come *effetti* e quindi come tappe di una interpretazione – anche se da altri punti di vista, per esempio quello semantico, oltre a quello pragmatico, evidentemente, queste categorie possono essere nettamente distinte. (Sindzingre in Augé, 1986: 88)

Tuttavia, ciò che è fondamentale, di fronte a un evento negativo, sia che si tratti di malattia sia di sventura, è il bisogno – comune a tutti gli uomini – di interpretare la disgrazia. Come ha fatto notare Evans-Pritchard, è la spiegazione al *perché* accade qualcosa, non al *come*, che interessa le riflessioni degli uomini, nel continuo tentativo di dare una risposta al problema del senso del male poiché, come scrive Remotti, «un male senza senso farebbe troppo male» (Remotti 2002: 148 in Ligi, 2009: 110). La malattia e le disgrazie, in tutte le società, costituiscono un problema, necessitano una spiegazione, perché gli uomini possano accettarle e inserirle in un orizzonte di senso. Le interpretazioni e le attribuzioni di colpa possono essere le più diverse, variano nei luoghi e nel tempo, ma la cosa essenziale è che rispondano alla domanda *perché*, che diano – o provino a dare – un senso al male.

Vi sono eventi, come la nascita, la malattia e la morte, che Augé (1986) definisce «elementari» poiché la loro interpretazione è immediatamente sociale. La malattia è contemporaneamente il più individuale e il più sociale degli eventi: ognuno la sperimenta sul proprio corpo e, da malato, si trova ad affrontare il problema di esprimere il dolore, si sente inevitabilmente in una condizione di incomunicabilità e incomprensione nei confronti dei non-malati; ma è anche un evento sociale in quanto già l'individuare, nominare e curare la malattia presuppone degli schemi di pensiero integrati in una dimensione sociale. La malattia, cioè, «funziona come un significante sociale: essa costituisce l'oggetto di discorsi che coinvolgono sempre l'ambiente nel senso più ampio.» (Augé, 1986: 8)

La dimensione sociale della malattia è, secondo Augé, più facilmente osservabile in quei sistemi medici (e sociali) che presuppongono esplicitamente l'esistenza di una relazione naturale tra nosologia e ordine sociale, come i sistemi medici africani. In Africa questo carattere sociale è stato spesso chiamato “magico”, in tal caso allora il compito dell'antropologia medica, suggerisce Augé, non consiste nel distinguere tra *magia* e *empirismo* o nel ricercare l'efficacia oggettiva, ma nel riconoscere in ogni

sistema medico la parte “magica”, cioè sociale, della malattia:

> Se la distinzione fra medicina magico-religiosa e medicina empirico-razionale corrisponde in gran parte a quella che di solito si stabilisce naturalmente fra eziologia e sintomatologia, ciò è dovuto al fatto che la terapia magico-religiosa è in primo luogo eziologica, poiché opera l'espulsione del demone o dell'antenato che è ritenuto la causa del male, mentre nella terapia empirico-razionale la malattia si identifica con il sintomo che rimedi materiali come le erbe possono far sparire. (Augé, 1986: 40)

È questa una critica all'antropologo George M. Foster, il quale scrive:

> Two basic principles, which I call personalistic and naturalistic, seem to me to account for most (but not all) of the etiologies that characterize non-Western medical systems.While the terms refer specifically to causality concepts, I believe they can conveniently be used to speak of entire systems, i.e., not only causes, but all of the associated behavior that follows from these views. (Foster, 1976: 775)

Nel sistema *personalistic* di Foster, la malattia è dovuta all'intervento attivo, volontario e deliberato di un agente, che può essere umano (*sorcer* o *witch*), non-umano (spirito, antenato ecc.) o sovrannaturale (divinità o altri potenti esseri). La malattia sarebbe quindi una sventura, il malato una vittima e le pratiche mediche e religiose strettamente collegate. Nel sistema *naturalistic*, invece, la malattia è imputabile a forze naturali impersonali, o a particolari condizioni, come il caldo/freddo, umido/secco. Rientra, secondo Foster, in questo tipo di sistema la teoria degli umori; si tratterrebbe più di evitare una malattia che di guarirla. E assume rilievo la responsabilità del malato, che non sarebbe aggredito da alcuna entità. In questo modo Foster contesta l'affermazione per cui medicina e religione sarebbero sempre legate, si tratterrebbe solo di una possibilità culturale, non esclusiva.

Augé invece sottolinea con forza che «l'iscrizione del senso (sociale) sul corpo (individuale) è immediata» (Augé, 1986: 25) e definisce il carattere sociale della malattia in rapporto a tre *logiche*:

> una *logica delle differenze* che, per mezzo di equivalenze o di opposizioni, ordina gli uni in rapporto agli altri i simboli che consentono di pensare il sociale e ne costituiscono l'armatura intellettuale; una *logica dei riferimenti* che stabilisce le relazioni possibili (pensabili) fra tale logica simbolica e l'ordine sociale empirico; una *logica dell'evento*, o crono-logica, che sottomette i rapporti di senso stabiliti dalle prime due all'evidenza di un rapporto di forze svelato dalla storia. (Augé, 1986: 53 corsivo mio)

Quello che si delinea è un sistema aperto in cui non necessariamente vi è adeguamento tra diagnosi e terapia, tra analisi del sintomo e ricerca della causa. Sindzingre insiste su questo, sul fatto che non necessariamente, anche di fronte a classificazioni fondate su cause o sintomi, vi sia alle spalle un sistema terapeutico costituito in base ad un principio ammesso anteriormente. Le rappresentazioni della malattia spesso non hanno un carattere sistematico, ciò che è importante considerare è il carattere esogeno della causalità della malattia.

Come sottolinea Holten (2013), dal momento che la produzione di conoscenza è legata al genere (e quindi, ad esempio, il sapere delle levatrici o le tecniche di caccia), anche le diagnosi sono spesso incorporate nel genere. Il forte legame tra sintomo e diagnosi è proprio specificatamente della biomedicina, in altri sistemi manca del tutto e la diagnosi risulta quindi legata al genere, all'età e all'esperienza di colui o colei che interpreta i sintomi.

Scrive De Martino, sulle pratiche di guarigione in Lucania:

> In questa concezione magica della malattia come fascinazione o come 'cosa fatta' ha un rilievo del tutto secondario la qualità del sintomo, l'eziologia della malattia, la diagnosi e la terapia nel senso della medicina scientifica: in primo piano sta invece il 'sentirsi agito' o 'dominato' dalla forza occulta del morbo, e il desiderio di sentirsi slegato da questa dominazione. (De Martino 1959: 31)

Sindzingre, portando l'esempio dei Fondonon, popolazione senufo della Costa d'Avorio, si concentra sull'analisi di due prospettive, la ricerca della causa *a priori* o *a posteriori,* distinguendo tre ordini di coerenza: la designazione dei disturbi e della loro

causa, la loro interpretazione (divinazione) e la dimensione terapeutica. Per quanto concerne la designazione dei disturbi e della loro causa, le connessioni causali possono essere stabilite *a priori* da ciascuno, sebbene non vi sia necessariamente uno schema. Infatti, bisogna considerare l'«instabilità delle categorie naturali» – che comprendono, per i Senufo, diverse figure o istanze religiose – la «dissimmetria del modello di causalità» – per cui un evento può essere riferito *a posteriori* a una delle cause possibili *a priori* – e il «rapporto fluttuante del sintomo con la causa» per cui, sebbene vi siano dei sintomi fissati *a priori* a certi agenti o comportamenti – nel caso dei Senufo la tosse è associata a Dio, il mal di stomaco a un divieto non rispettato e la lebbra alla stregoneria – è sempre possibile passare da una causalità all'altra.

E gli altri due registri di coerenza, l'interpretazione della malattia e la terapia, non sono necessariamente in funzione l'uno dell'altro, anzi: la scelta di una particolare istituzione divinatoria piuttosto che un'altra pregiudica il tipo di causalità che si privilegia e il sintomo passa in secondo piano. Inoltre, la tecnica terapeutica assorbe facilmente elementi provenienti da altre medicine e la relativa indipendenza tra l'interpretazione e la risoluzione della sventura permette una pluralità di alternative terapeutiche, senza comportare la modificazione del modello esplicativo tradizionale. Così,

> L'efficacia riconosciuta alla biomedicina occidentale non influisce sul pensiero causale, che di tale efficacia è sicuramente privo, ma che ha come funzione fondamentale la spiegazione. (Sindzingre in Augé, 1986: 113)

Approcciandosi a diversi sistemi medici è necessario anche contestualizzare il concetto di *malattia*, senza presupporre a priori quello biomedico di «realtà biologica iscritta nel corpo individuale e decifrata dalla medicina» (Herzlich in Augé, 1986: 180). La malattia non è mai solo l'insieme di sintomi che portano dal medico e, si tende spesso a trascurarne la dimensione collettiva e il fatto che necessiti di un'interpretazione, anch'essa collettiva, condivisa dai membri di uno stesso gruppo sociale. La malattia, infatti, coinvolge sempre la dimensione sociale, gettando una luce sul rapporto degli individui con quest'ultima, funge da significante e incarna – sul piano corporeo – il rapporto conflittuale con il sociale. Herzlich sottolinea come la

medicina possa iscrivere sul corpo valori sociali: «attraverso la diagnosi, la classificazione, il trattamento delle malattie, essa è creatrice o legittimatrice di statuti sociali»[5]. (Herzlich in Augé, 1986: 186)

In diversi studi emerge come, talvolta, la società che costringe ad uno stile di vita malsano sia ritenuta responsabile della malattia: «la malattia incarna e cristallizza l'aggressione sociale; questa è interpretata come malattia presente o futura.» (Herzlich in Augé, 1986: 190) E le ricerche di Danièle Léger sulle pratiche mediche di gruppi come le comunità apocalittiche neorurali (che scelgono il ritorno alla "natura" e alla "vita sana") o di certi gruppi di malati studiati da Herzlich, che cercano terapie alternative a quelle proposte dalla biomedicina (ma gli esempi sarebbero innumerevoli), mostrano come queste persone contestino il sociale: la medicina che rifiutano e giudicano nociva rappresenta l'espressione pericolosa della società. Come scrive Augé

> Nelle rappresentazioni delle società lignaggere, logica delle differenze e logica dei riferimenti appaiono intessute nello stesso sistema di opposizioni simboliche. […] La logica delle differenze che opera nelle *nostre* rappresentazioni costituisce piuttosto una serie di opposizioni applicabili all'ordine naturale, ma dove le relazioni sociali sono, di fatto, concretizzate, naturalizzate. In questo senso la logica delle differenze ci mostra bene il sociale ma sotto una forma trasformata, divenuto condizioni materiali d'ambiente. Il «sociale» deve diventare materiale e iscriversi nella natura, non fosse che per pervertirla; esso deve oggettivarsi nel cibo «chimico» e nella polluzione perché il corpo ne possa essere colpito. (Augé, 1986: 21-22, corsivo mio)

Una «omologia di natura» – per dirla con le parole di Héritier – tra mondo, corpo e società che nella società occidentale, impregnata della visione biomedica di malattia come essenzialmente organica, quindi esclusa dalla dimensione sociale, verrebbe a

5 Un esempio tra tutti, la diagnosi nel 1902, quattro anni dopo la legge che accordava agli operai infortunatesi sul lavoro un'indennità, di una nuova malattia definita dal dottor Brissaud «sinistrosi», consistente nell'incapacità dell'infortunato (coperto da assicurazione) di guarire dal proprio infortunio. E il dottore specifica che non si tratta affatto di una simulazione, l'operaio è realmente malato, ma *malato d'assicurazione. (*cfr Herzlich in Augé, 1986)

mancare e porterebbe con sé una riduzione dello spazio accordato al senso e all'interpretazione.

Anche la *medicina*, come sapere e pratica, è integrata alla dimensione sociale della malattia e deve pertanto essere contestualizzata. Per definire la biomedicina mi appoggio alle parole di Lianne Holten:

> Biomedicine is the term commonly used to designate the medical discourse and practice that has dominated the West and travelled to the rest of the world. Most practitioners of biomedicine consider it to be objectively based on a naturalistic view of the human body, perfected over time by means of rational and scientifically based research and training. Because of this view, biomedicine is widely thought to be a stock of knowledge and practices that offers the best possible means of treating disease and relieving suffering worldwide. (Holten, 2013: 2)

Nella biomedicina, con le scoperte di Pasteur alla fine del XIX secolo, emerge e si rafforza sempre più la teoria dell'*eziologia specifica* (per cui ogni malattia è causata dall'azione di uno specifico germe) e, diversamente da altri sistemi medici, la biomedicina cerca di far coincidere interpretazione dei sintomi, scoperta delle cause e terapia. Nel pensiero biomedico le variabili sociali, in riferimento alla malattia, sono secondarie, rappresentano le circostanze che permettono a un germe di diffondersi in un dato momento e luogo, nonostante la recente attenzione, sulla scorta di Kleinman, alla differenza che intercorre tra i termini *disease*, *illness* e *sickness*, laddove per *disease* si intende la malattia a livello organico, *illness* costituisce la personale e soggettiva esperienza di sofferenza del malato e *sickness* indica dimensione sociale della malattia.

3.3 La stregoneria

Nel suo testo *L'Africa e la stregoneria* Alice Bellagamba si domanda se vi sia la possibilità di parlare di stregoneria evadendo quella che lei definisce l'«insidia

hegeliana» (Bellagamba, 2008: X), ossia la convinzione implicita a cui Hegel aveva dato voce con le parole di Erodoto: «In Africa sono tutti incantatori» (Hegel in Bellagamba, 2008: VII). Il continente africano nell'immaginario collettivo, solo apparentemente superato ma ancora vitale, è «una terra piena di magia e superstizioni, riti magici e pratiche barbare dove la schiavitù costituisce la forma base del diritto e la tirannia è il sistema di governo più diffuso». (Bellagamba, 2008: VII)

Dai tempi di Erodoto la stregoneria è stata oggetto di profonde e varie riflessioni, che hanno cercato di contrastare il pregiudizio e aprirsi a ciò che è "altro". L'autrice propone un excursus del quadro teorico di riferimento, andando a definire due generazioni di pensiero differenti nello studio della stregoneria.

La prima, che definisce «generazione classica», diffusasi in epoca coloniale proprio per contrastarne gli stereotipi, analizza la stregoneria nella sua dimensione essenzialmente locale, cercandovi un nesso con il mondo rurale e le sue tradizioni.

Questo approccio confina in un certo senso la stregoneria al villaggio e identifica le "forze dell'invisibile" con le tradizioni culturali locali. Tuttavia questa scuola di pensiero non dà chiarimento alle trasformazioni sociali e culturali e ai movimenti anti-stregoneria che hanno interessato l'intero continente Africano in scala sovra regionale, non riuscendo a spiegare l'affermarsi di un concetto di "stregoneria" estendibile al di là dei singoli villaggi.

La seconda generazione di pensiero si sviluppa per reazione negli anni Ottanta e l'autrice definisce l'approccio «storico-ermeneutico»: la stregoneria viene studiata in un contesto storico, sociale, politico ed economico ben definito, e la stessa interpretazione locale degli eventi storici viene analizzata alla luce della stregoneria.

Stregoneria e storia si intrecciano influenzandosi reciprocamente e dando vita ad un'interpretazione delle vicende umane nuova, in quanto non può più prescindere dalle "forze dell'invisibile", ossia dall'interpretazione anche irrazionale che gli uomini danno agli eventi e che ha il potere di cambiare la storia. Commentano Jean e John Comaroff: «quali che siano i poteri a loro attribuiti, streghe e stregoni non sfuggono dalla storia». (Bellagamba, 2008: 4) Potremmo aggiungere: e la storia non sfugge da loro.

Tuttavia, questa seconda prospettiva apre una vasta questione: come definire quindi in maniera univoca il concetto di stregoneria? L'impresa risulta ardua, in

quanto il termine “stregoneria” raggruppa pratiche estremamente diverse fra loro, che assumono significati distinti non solo nelle diverse tradizioni locali, ma anche all’interno dello stesso contesto culturale, a seconda delle circostanze storiche.

Non stupisce quindi che la storia antropologica della stregoneria risulti estremamente complessa, confusa e a volte intenzionalmente trascurata. L'antropologa Luise White (Bellagamba, 2008) sottolinea come per anni l’argomento sia stato tenuto ai margini della storiografia africanista, in parte per non scontrarsi con le razionali ricostruzioni storiche dell’Africa attraverso le interpretazioni “nuove” che poteva offrire la stregoneria, in parte per non rafforzare gli stereotipi di arretratezza e irrazionalità che già aleggiavano sopra il continente africano.

Una critica molto stimolante arriva da Malcolm Crick, allievo di Evans-Prichard, che ritiene il problema della stregoneria mal impostato alla base. Negli anni Settanta infatti si erano sviluppati molti dibattiti sulla distinzione tra “*witchcraft*” e “*sorcery*”, che ruotavano attorno alla questione se vi fosse o meno una distinzione significativa tra la stregoneria, ossia il potere di danneggiare esclusivamente in modo spirituale e invisibile, e la fattucchieria, cioè l’attività più pratico-concreta.

Crick propone di “fare pulizia” e si chiede se il termine “stregoneria” non sia di fatto un’invenzione antropologica occidentale che complica, invece di semplificare, il modo in cui la cultura africana affronta il male e la morte. Lo stesso Evans-Pritchard aveva sottolineato come per gli Azande la stregoneria fosse una “questione banale” su cui non aveva senso speculare. Questa posizione di Evans-Pritchard è più o meno condivisibile, tuttavia la prospettiva si può completamente ribaltare: non è la stregoneria la “questione banale” su cui non ha senso speculare, ma la realtà quotidiana. Ogni cultura, come scrive Franco Crevatin (2008), conosce il reale in maniera diversa perché *se ne serve* in maniera diversa:

> forse la caratteristica più importante della percezione bawlé della realtà è che quest'ultima è consolatoriamente ripetitiva, uguale a se stessa e è dunque fonte di legittime aspettative: una lucertola è e resta una lucertola e si comporterà sempre da lucertola e la liana farà il suo mestiere di liana. Ne consegue che la normalità del reale è in se stessa priva di interesse, non merita indagini né, almeno presso le persone sensate, elicita domande. (Crevatin, 2008: 152-153)

È ciò che esce dalla normalità a meritare attenzione: vi è un altro piano della realtà (non meno *reale*), in cui si muovono *presenze* e forze e a cui possono accedere solo persone particolari, che hanno una posizione liminale tra aldiqua e aldilà. Gli stregoni, come i guaritori, agiscono in questo piano ulteriore della realtà, che sfugge dal normale e dalla conoscenza comune: «è un mondo reale che interseca continuamente quello della normalità» (Crevatin, 2008: 154)

L'atteggiamento che Crick suggerisce è riflessivo e ancorato al contesto, con l'attenzione ad evitare generalizzazioni inutili: l'"antropologia semantica" proposta è un approccio alla cui base vi è la consapevolezza che gli esseri umani interpretano ed elaborano significati, e questo deve essere il focus dell'antropologia, una critica alla mancanza di attenzione, nell'opinione di Crick, dello struttural-funzionalismo nei confronti del linguaggio. Il "senso" che l'uomo dà ad un evento non è secondario nel susseguirsi delle vicende umane, ma sostanziale: non si possono quindi affrontare le culture africane senza calarsi nel significato profondo che gli uomini assegnano agli eventi, che siano fatti concreti o mobilizzazioni di forze invisibili.

Nonostante questa critica radicale, i termini *witchcraft* e *sorcery* sono ormai parte dell'immaginario comune. In particolare, l'Occidente, attraverso i media, ha reso l'Africa un grande "supermercato dell'occulto", in cui l'immagine di essere umani dotati di poteri straordinari e che mobilitano forze oscure, a danno di altri e a loro vantaggio, è ancora radicata nella mentalità comune e lontana dal voler essere superata.

3.3.1 Dai missionari agli antropologi

Le prime testimonianze scritte di stregoneria nel continente africano risalgono ai resoconti dei missionari mandati ad evangelizzare le terre pagane.

All'inizio del Seicento i gesuiti, su invito del re del Portogallo, iniziano la loro missione evangelizzatrice nelle zone costiere tra la foce del fiume Gambia e la Sierra Leone.

Nei resoconti di viaggio in Sierra Leone, emergono due questioni molto discusse:

la prima relativa alla compravendita di schiavi, la seconda invece inerente al modo in cui il demonio si manifesta in quelle inospitali terre.

In una lettera del 1605 padre Manuel de Barros sostiene che i “pagani” siano estremamente devoti «alla divinazione, alla stregoneria e ai trucchi del demonio» (Bellagamba, 2008: 22). A capo dell’attività satanica vi è il *jabacouce*, figura apparentemente contraddittoria: egli è il diretto responsabile della morte che infligge con mezzi occulti, ma è anche il terapeuta a cui la gente si rivolge per curare malattie e disgrazie. Il padre prosegue affermando che «questa malvagità è così attraente che anche i bianchi ci credono» (Bellagamba, 2008: 23) e gli si rivolgono.

Ciò che emerge sull'eziologia della malattia da queste testimonianze è ben esplicata negli scritti del giovane missionario portoghese Alvares:

> Essi [gli indigeni] hanno una credenza malevola e falsa a proposito della malattia e dei disturbi fisici, e credono sinceramente questo, cioè che la morte non sia mandata loro da Dio ma siano piuttosto i loro nemici e rivali che li stanno divorando (Bellagamba, 2008: 23)

Dalle testimonianze dei missionari si può dedurre come, probabilmente, nelle cosmologie locali dell’epoca l’uomo fosse visto composto da due principi, uno corporeo e uno immateriale. La parte immateriale è intimamente legata alla salute della parte corporea ma ha un’esistenza propria, si può distaccare andando a “divorare” altre essenze spirituali, può essere stregata, intrappolata, tenuta in ostaggio, oppure distrutta attraverso la pratica su oggetti particolari. Tutto ciò comporta malattia ed eventualmente distruzione della parte materiale della persona. Questa divisione tra parte materiale e immateriale richiama da vicino la separazione tra anima e corpo, *res cogitans* e *res extensa,* che da millenni plasma la visione dell'uomo in Occidente. La parte immateriale degli indigeni, è stata assimilata con l'idea di anima che i missionari predicavano.

Le *potenze invisibili* circondano l’uomo proteggendolo o punendolo. Invisibile e visibile, immateriale e materiale sono quindi profondamente legati: agire su un *corpo* può avere delle ripercussioni sullo *spirito* e viceversa.

Secondo il padre gesuita Berreira questa concezione dell’invisibile è anche una

forma ingegnosa di sopruso adottata dai potenti: le autorità locali potevano sottrarre in questo modo le proprietà di chi era giudicato colpevole di stregoneria, arricchendosi a suo discapito. Diversi antropologi sociali del periodo post-bellico si sono interessati a questo aspetto, l'utilizzo dell'accusa di stregoneria per sostenere o minare determinate autorità. La stessa Mary Douglas (Douglas, 1996) pone in relazione la stregoneria e la malattia infettiva, nel senso che l'accusa di una o dell'altra è un utile strumento per il controllo e la marginalizzazione dei nemici. Strumento presente ancora oggi in molte società africane (Micheli 2011), come si vedrà anche più avanti.

Tuttavia, questa analisi non deve indurre a pensare che per i missionari dell'epoca la stregoneria rappresentasse una fandonia o un'insieme di pratiche assurde inventate da approfittatori. Al contrario, padre Berreira e gli altri gesuiti non discutono l'esistenza della magia, di stregoni e forze invisibili, ma le attribuiscono all'operato di Satana, che prende forza nelle contrade africane proprio per la mancanza della "luce di Cristo":

> Il maligno ha molti agenti in queste contrade, che grazie ad incantesimi e pozioni, come da lui insegnato, realizzano la sua volontà. (Bellagamba, 2008: 27)

Il giovane missionario gesuita Alvares identifica la superstizione con quelle quattro pratiche che "negano a Dio il suo vero onore": l'*idolatria*, ossia il culto degli idoli; la *magia*, ossia le azioni sovrannaturali che prendono origine dal lavoro del demonio; la *divinazione*, ossia la pratica di largo utilizzo che consente per esempio di individuare le cause della morte ed eventualmente i colpevoli di stregoneria; i *maleficia*, ossia le manifestazioni diaboliche volte alla distruzione di spiriti.

Con il termine "stregoneria" quindi, i padri Gesuiti raggruppavano fenomeni anche molto diversi tra loro che esprimono la grossa variabilità nella presenza e nell'azione delle forze invisibili.

Durante il periodo coloniale, la stregoneria scivola da una interpretazione in chiave teologica a una più razionalistica. Lo zelo riformista del primo periodo coloniale fu presto abbandonato, e gli europei si adattarono a interagire con le credenze locali, approfittando spesso del risvolto politico delle accuse di stregoneria per mantenere il

controllo sulla gestione coloniale.

L'antropologia africanista conosce un periodo di grande espansione tra gli anni Trenta e Cinquanta: gli studiosi cominciano ad interessarsi alla storia e alle tradizioni africane provando a svincolare dalla diffusa cultura coloniale, cercando nuove interpretazioni e nuovi metodi di ricerca sul controverso ma pur sempre affascinante mondo africano.

Le nuove riflessioni antropologiche, pur non più intellettualmente dipendenti dalla biblioteca coloniale, esprimono – come critica Mudimbe – una tendenza sistematica alla destoricizzazione: si sostiene l'idea che l'Africa sia abitata da culture distinte sotto i vari profili etico, politico, storico, sociale, ognuna con i propri valori e le proprie credenze, ma le cui radici si ancorano inequivocabilmente alla "tradizione" percepita come una lunga e immutabile costante nella storia di ogni popolo africano.

È in questo contesto che nel primo dopoguerra inizia a svilupparsi un dibattito sulla stregoneria e le teorie di Evans-Pritchard rappresentarono un piccolo passo verso l'affrancamento dal gigante della cultura coloniale.

Fino ai primi anni del Novecento, nel linguaggio dell'africanista si parlava maggiormente di magia che di stregoneria. Il pensiero dominante era di stampo evoluzionista, conformemente al contesto positivista dell'epoca: la magia era considerata un primo grado ancora acerbo nella storia del pensiero umano e le culture africane erano quindi ritenute "primitive", come se fossero cristallizzate ad uno stadio immaturo di sviluppo. Si era convinti che i popoli africani sarebbero senz'altro stati catturati dalla superiorità della scienza, della tecnologia e della religione occidentali e avrebbero abbandonato ogni pratica magica.

Tuttavia questo ottimismo venne presto smorzato, in quanto gli africani si mostrarono riluttanti ad abbandonare le proprie interpretazioni di morte e malattia e gli antropologi dovettero rivedere le sicure teorie evoluzioniste.

Malinowski sostenne la necessità di calarsi nel contesto studiando i vari riti nell'ambito della mitologia e della morale indigena. Le sue riflessioni sulla magia assunsero un carattere più generale, che l'etnografo intrecciò all'analisi della dimensione linguistica: in tutte le culture sono presenti fenomeni di magia, in quanto essa consiste nella convinzione che le parole abbiano un effetto immediato e vincolante sulla realtà, un po' come avviene ai bambini nei primi anni dell'infanzia

quando pretendono di controllare con le parole i familiari e l'ambiente. La magia viene quindi definita da Malinowski come un atto universale, «l'espressione istituzionalizzata dell'ottimismo umano, delle speranze costruttive che superano il dubbio e il pessimismo». (Malinowski in Bellagamba, 2008: 84)

Questa riflessione venne profondamente criticata da Evans-Pritchard e fondamentalmente ignorata dagli africanisti, in quanto ritenuta ancora radicata alla cultura evoluzionista e alla visione di magia come pratica primitiva.

Il giovane Evans-Pritchard inizia le sue ricerche sul campo proprio a partire dalle ipotesi dello studioso polacco, in uno studio tra gli Azande del Sudan anglo-egiziano. Ma, mentre per Malinowski la magia rappresentava un sapere ereditario, un corpus di formule e riti tramandati fra le generazioni, Evans-Pritchard scopre e dipinge una situazione opposta: pratiche, formule e oggetti magici sono beni che circolano liberamente nella società e possono essere acquisiti e scambiati in base alle necessità. La "magia" non è una pratica statica, né tantomeno un formulario, ma un mondo estremamente complesso, intrigante e dinamico, sicuramente non riducibile a nessun concetto fino a quel momento conosciuto dal mondo occidentale.

In studi successivi Evans-Pritchard approfondisce la questione e porta alla luce una grossa problematica di fondo: l'incapacità di comunicazione tra due culture così diverse come quella coloniale e quella africana. Non soltanto gli europei disprezzano le idee indigene considerandole come semplice superstizione, ma nemmeno gli africani comprendono la mentalità occidentale:

> The native becomes convinced finally that the European is quite incapable of seeing the difference between right and wrong, between the proper use of a cultural weapon fully sanctioned by public opinion, such as white magic, and a heinous and cold blooded murder, such as the crime of black magic or sorcery. He eventually reaches the conclusion, through long experience, that to white men all magic is shameful and criminal,and that they will either laugh at it or penalize it. (Evans-Prichard, 1931: 22)

E per Evans-Pritchard è proprio l'antropologo che ha quindi il compito di mediare tra le due visioni. A partire da queste riflessioni, e partecipando al dibattito già

accennato precedentemente sui due concetti di *witchcraft* e *sorcery*, lo studioso indica la necessità di fare chiarezza sulla distinzione tra i termini. Distinzione che nel linguaggio coloniale spesso si perdeva. Lo stesso Radcliffe-Brown (Radcliffe-Brown e Kuper, 1986) in un saggio sulle popolazioni bantu aveva usato in maniera intercambiabile i due termini *witchcraft* e *sorcery* e Evans-Pritchard critica:

> There is much loose discussion about witchcraft. We must distinguish between bad magic (or sorcery) and witchcraft. Many African peoples distinguish clearly between the two and for ethnological purposes we must do the same. Witchcraft is an imaginary offence because it is impossible. A witch cannot do what he is supposed to do and has in fact no real existence. A sorcerer, on the other hand, may make magic to kill his neighbours. The magic will not kill them but he can, and no doubt often does, make it with that intention. (Evans-Prichard, 1935: 417-418)

Evans-Prichard quindi distingue i due concetti presenti nella società zande di *mangu* e *ngua*, stregoneria e magia. La stregoneria, *mangu*, traducibile in inglese con *witchcraft*, è un potere ereditario di tipo occulto, una forza invisibile di natura psichica che colpisce l'essenza spirituale della vittima attraverso l'attivazione nello stregone di pulsioni negative, e la cui potenza riesce ad avere in qualche modo influsso sulla vita di un individuo. La magia, *ngua*, è invece l'attività pratica che si serve dell'utilizzo di medicine, erbe, rituali concreti e può essere diretta a fini positivi, socialmente utili, traducibile quindi con *magic*, o negativi e distruttivi, *sorcery*.

Evans-Pritchard va oltre la semplice constatazione culturale: magia e stregoneria nel continente africano sono delle vere e proprie istituzioni che vanno analizzate e comprese in tutte le loro diramazioni. E conclude:

> To reason against African belief in witchcraft is useless because intellectually it is perfectly coherent. People do not easily surrender beliefs which they are compelled to express in their daily behaviour and we have already noted how notions of witchcraft are essential to the maintenance of oracles and magic and the part they play in the preservation of morality, kinship, and political authority. In other words the question of how we shall treat witchcraft in African communities

is part of the much larger problem of our attitude to African institutions in general. (Evans-Prichard, 1935: 421-422)

Le riflessioni di Evans-Pritchard furono ampiamente discusse, sviluppate e criticate. La stessa attenzione nel distinguere tra *witchcraft* e *sorcery* venne meno, si tratta comunque di categorie occidentali sulle quali si tenta di adattare il contesto locale.

Comunque, suo grande merito è l'aver allontanato dall'immaginario l'immagine del primitivo irrazionale.

3.3.2 La stregoneria in Tanzania

La colonizzazione in Africa ha comportato non soltanto un'egemonia politica ed economica, ma anche una più sottile forma di influenza e controllo di tipo intellettuale. Alice Bellagamba fa notare come le tradizioni ancestrali furono e sono tuttora vissute in maniera ambivalente: da un lato come retaggi affascinanti, testimonianza del culturalmente diverso e del potenzialmente arricchente, dall'altro come fardelli imbarazzanti, simboli dell'arretratezza dell'Africa di fronte alla superiorità tecnologica e intellettuale dell'Occidente.

In quest'ottica l'autrice si interroga sul ruolo della stregoneria nell'Africa indipendente ed espone i risultati di sue ricerche condotte in Tanzania, nei dintorni di Iringa, soffermandosi soprattutto sul complesso legame che unisce e contrappone allo stesso tempo i curatori locali agli stregoni e sul rapporto di entrambi con il Sistema Sanitario locale.

Nel momento in cui il Tanganica passò nel primo dopoguerra dal controllo tedesco alla dominazione britannica, vennero emessi numerosi decreti anti stregoneria, soprattutto in seguito alla severità con cui le missioni cattoliche, protestanti e anglicane giudicavano i guaritori locali e i presunti stregoni. Lo zelo con il quale i missionari tentavano di convincere gli indigeni ad abbandonare le pratiche terapeutiche locali divenne presto una questione di lotta tra "bene" e "male", in cui si cercava di dimostrare la superiorità della ragione medica occidentale sull'irrazionale superstizione africana.

La stregoneria alla vigilia dell'indipendenza, come dimostra John Iliffe nella sua storia del Tanganica, svolgeva un ruolo centrale nell'interpretazione del male e della sventura tra la popolazione locale; tuttavia l'influenza coloniale stimolò sempre più lo sviluppo di un atteggiamento anti stregoneria che si concretizzava in tecniche per individuare i presunti stregoni o i colpevoli di false accuse, o in movimenti di purificazione che portarono per esempio a trasformare la tomba di un cacciatore di streghe nei pressi di Dar Es Salaam in meta di pellegrinaggio.

Quando il Tanganica e lo Zanzibar ottennero l'indipendenza (rispettivamente nel 1961 e 1963) e nel 1964 nacque la Repubblica Unita di Tanzania, il potere passò a Julius Nyerere che promosse la politica socialista dell'*ujamaa,* attraverso la quale venne caldeggiato un processo di "villaggizzazione" forzata: si concentrò la popolazione in nuovi insediamenti in modo da favorire i servizi di Sanità ed Istruzione. Questa mossa venne tuttavia mal accettata nelle zone rurali.

Dopo la crisi economica degli anni Settanta e dopo la fine del governo di Nyerere (1985), la Tanzania accettò le condizioni della Banca Mondiale e del FMI e il socialismo venne definitivamente abbandonato a favore di un'economia di mercato, con tragiche ripercussioni soprattutto in quei settori meno economicamente proficui, come la sanità.

Dopo l'indipendenza si avvertì inoltre sempre più la distanza tra l'élite istruita che governava il paese, e l'élite locale con una mentalità ancora coloniale. Nella fattispecie, mentre la prima vedeva nella stregoneria una pratica negativa in quanto non solo ostacolava lo sviluppo culturale del paese, ma anche andava a scapito della salute del popolo africano, la seconda considerava i tanzaniani delle zone rurali come bambini, a causa della loro mancanza di conoscenza della cultura occidentale (Snyder 2001) e incoraggiava le forme locali di anti-stregoneria che erano percepite dagli indigeni come sviluppo e progresso, in quanto scacciavano le forze oscure.

Di fatto, risulta evidente che, per quanto formalmente vi sia una presa di distanza nei confronti della stregoneria, nella pratica essa sia a tutt'oggi fortemente radicata nel pensiero tanzaniano.

Sussiste l'idea che l'insuccesso, la malattia e la morte possano dipendere da azioni malefiche, e questo ha permesso al guaritore tradizionale, il *mganga wa kienyeji*, di sopravvivere ed operare ancora intensamente, nonostante la presenza di

una legislazione coloniale ancora attiva che dovrebbe condannare la sua attività, e un Sistema Sanitario pensato per raggiungere in maniera capillare anche le zone rurali.

Denise Roth Allen, nella sua ricerca presso la comunità di Bulangwa (nome di fantasia), nel sud-ovest della Tanzania, trattando il tema della stregoneria nota come vi siano due diverse figure dotate del potere di interferire con la salute e la fertilità umana: *sorcerers* e *witches.* Entrambe le figure possono essere sia maschili che femminili, tuttavia tra i due vi è una differenza di potere, avendo i *witches,* a differenza dei *sorcerers,* il potere di rendersi invisibili e rubare l'anima delle vittime, trasformandole in zombie, e facendole lavorare gratuitamente nei loro campi. Sottolinea inoltre come, a differenza di quanto rilevato da Evans-Pritchard presso gli Azande, la fonte della stregoneria non sarebbe una sostanza risiedente all'interno del corpo (usualmente nell'intestino) con cui lo stregone convive – spesso inconsapevolmente – dalla nascita. Presso i bulangwa stregoni si diventa, non si nasce. Lo si diventa «*by agreeing to kill a family member, usually a blood relative*». (Allen, 2004: 91)

Invece, nella mia esperienza di campo, ho riscontrato una situazione differente: per quanto ho potuto constatare non vi sono *witches*, solamente *sorcerers* o *wizards* (vengono utilizzati indifferentemente I due termini), che possono essere sia uomini che donne, e nessuno sa come agiscano.

3.3.3 La stregoneria a Ipamba

Quando ho cercato di approfondire la questione della stregoneria nel villaggio di Ipamba mi sono trovata di fronte a un muro di silenzi, mezze parole, sguardi bassi e disagio.

La prima volta che ho chiesto della stregoneria a una ragazza – o, meglio, ho tentato di chiedere – sono stata bloccata dal mio interprete. Stavamo parlando di gravidanza e bambini con mama Jackie, di ventidue anni, con già una bimba e in attesa della seconda figlia. Ho chiesto al mio interprete, Jeremy, di chiederle se la stregoneria poteva influire in qualche modo nella gestione della gravidanza e del

parto. Ho utilizzato il termine *sorcery* e lui mi ha guardato ripetendolo un paio di volte con aria assente dicendomi che non sapeva cosa volesse dire, e pur provando a cambiare termine (*wizard* e *witch*) si è dichiarato ugualmente ignorante. Sul momento ho lasciato cadere l'argomento ma poi, troppo stupita, ho parlato del fatto con un amico, un artista locale, e lui mi ha assicurato che era impossibile che Jeremy non conoscesse il termine *sorcery*, anche perché suo padre è – a detta di tutti – un potentissimo stregone. Pare che anche il vescovo durante una funzione l'avesse pubblicamente indicato come stregone[6].

Forte di questa rivelazione ho affrontato apertamente l'argomento con Jeremy, e questi ha ammesso di conoscere la stregoneria, ma che si trattava di qualcosa di pericolosissimo, a cui accostarsi con cautela e attenzione.

Mi trovavo in una situazione particolare, mi rendevo conto che domandare alle donne del villaggio della stregoneria, accompagnata dal figlio di uno stregone, poteva non creare le condizioni ideali per una conversazione sincera e serena. Ma essendo la vita e la morte così immerse nel contesto della stregoneria l'argomento veniva spesso sfiorato, in un certo senso circondato: i silenzi e le risposte evasive me ne suggerivano i confini.

Parlando con Veronica ad esempio, una ragazza di vent'anni con un figlio di poco più di due anni, le ho chiesto se, prima di partorire, si fosse confrontata con le amiche che avevano già dei bambini, e lei seccamente mi ha risposto “no” ed ha abbassato lo sguardo a terra. Quando ho provato a chiedere perché non ne avesse parlato lei era visibilmente a disagio e ha evitato di rispondere. In suo aiuto è corso il mio interprete che mi ha laconicamente detto «*only jealousy*». Di fronte alle mie richieste di chiarimento mi ha spiegato:

> I said that there is someone, in term of that jealousy, there is someone they just even decided to kill your child..your..yeah, something like that..I mean, the one maybe already delivered..so when you are going to ask them about delivering they don't like even you to have a child...that's why we say she's

6 Da quanto ho potuto capire l'accusa si basava su una mancata raccolta fondi per la chiesa che questo signore era stato invece incaricato di compiere.

> jealous..is a thing which is natural, it depend on the people, other one have jealous, other one don't have.[7]

L'uso di non parlare della propria gravidanza, e di nasconderla il più a lungo possibile, trova diverse motivazioni: la gelosia di altre donne, che possono ricorrere alla stregoneria per ostacolare il parto e fare del male alla partoriente e al neonato, una serie di convenzioni sociali e una forma di vergogna a parlare di argomenti inerenti alla sessualità.

Lianne Holten rileva come, nel villaggio del Mali in cui ha svolto ricerche (Farabako), le donne, per essere delle "buone donne" sottostassero a una serie di comportamenti volti a mostrarle come pudiche e "aventi *shame*". Tra gli atteggiamenti che l'immersione in questo contesto della vergogna e del pudore comporta nelle cure prenatali si ha, ad esempio, l'evitare di andare in moto con il marito (che nel villaggio di Farabako ha ripercussioni concrete notevoli, in quanto è l'unico mezzo disponibile per raggiungere strutture sanitarie), l'attenzione a non mostrarsi nude a nessuno, in particolare a donne più giovani (e nel caso di Farabako costituiva un problema in quanto un'ostetrica era molto giovane) e il non parlare della gravidanza, cercando anche di nasconderla. Una levatrice ha detto all'autrice che spiegava il processo della nascita solo al momento del parto, non prima, perché le donne avevano *shame* nel parlare di gravidanza e parto. E nelle parole di una ragazza intervistata dalla Holten:

> women only tell their best friends when they are pregnant, not everyone. They are afraid others will gossip "look, she's pregnant" which is the same as saying "look she had sex with her husband". When a doctor says "you are pregnant" the woman also has shame. (Holten, 2013: 101)

Inoltre, a Farabako, la conoscenza è percepita come pericolosa, e va rivelata cautamente: la conoscenza sulla gravidanza e il parto può causare aborto o parto prematuro; per questo motivo alle giovani non si dice nulla in proposito e una donna incinta (e in generale le giovani donne) non possono assistere al parto di un'altra

7 Trascrizione letterale delle sue parole.

donna.

A Ipamba non ho riscontrato una forma così forte di pudore né di conservazione gelosa della conoscenza, tuttavia anche qui le donne non parlano della loro gravidanza con le amiche, un po' per vergogna un po' per paura della stregoneria, e non chiedono consigli alla madre, o informazioni sulla gestione della gravidanza o su come avvenga il parto. Per avere questo tipo di informazioni si rivolgono esclusivamente all'RCH (*Reproductive and Child Health)*, dove si sentono a loro agio e parlano liberamente con le infermiere, senza temere attacchi di stregoneria.

Ho cercato di capire come funzionasse concretamente la stregoneria, come cioè agissero gli stregoni, se ci fosse qualche segno riconoscibile per identificarli. Ma mi è stato sempre risposto che non è possibile sapere con certezza se qualcuno è uno stregone, in genere tutti i vecchi e tutti coloro che si arricchiscono lo sono, ma si tratta solo di sospetti. In quanto al come gli stregoni agiscano, logicamente mi è stato detto che, dal momento che nessuno sa chi siano gli stregoni, non si può sapere nulla di certo sulla stregoneria, a meno che non sia tu stesso uno stregone.

Ho provato a chiedere esplicitamente se gli stregoni usino erbe o incantesimi, se vadano in giro di notte o abbiano qualche comportamento particolare, ma nessuno ha saputo rispondermi. O non hanno voluto darmi spiegazioni. Ma dal momento che anche coloro con i quali ero maggiormente in confidenza e non erano impauriti nel parlarmi della stregoneria si sono dichiarati ignoranti riguardo ai metodi stregoneschi, propendo a credere che veramente non vi siano idee precise riguardo alla pratica concreta della stregoneria a Ipamba. Anche perché quando chiedevo se qualcuno potesse rivolgersi a uno stregone per commissionargli qualche malvagità mi guardavano come se fossi pazza o non avessi capito niente di quello che mi avevano spiegato finora. Nessuno sa con certezza chi sia uno stregone ed è molto pericoloso avvicinarsi a loro e fargli sapere che li si sospetta, per cui perché mai uno dovrebbe rischiare così tanto?

Accludo il proseguimento della conversazione con Veronica - anche se in realtà era diventata un'intervista al mio interprete:

> IO - In which way someone could kill your baby?
>
> J. - You know..that way we call sorcery..mostly dominant here..

IO - What people have to do in order to use sorcery?

J. - Ahh..I can't know, I'm not well aware about sorcery.

IO - Try to ask her..

J. - About sorcery? (Molto poco entusiasta)

IO - Yes

J. - She don't know, she's not aware about sorcery.[8]

Questa reticenza a parlarmi della stregoneria era veramente palpabile, una paura concreta. Quasi nessuna delle donne con cui ho parlato mi ha spiegato qualcosa a riguardo, nemmeno quelle con cui ero più in confidenza. Le uniche persone da cui ho avuto qualche informazione sono state il mio interprete, l'artista locale e un'infermiera tanzaniana dell'ospedale, unica tra questi tre a dichiarare con convinzione di non credere nella stregoneria.

Quest'infermiera, Rosa, si è rivelata molto utile per la mia ricerca, mi ha parlato molto direttamente e anche esplicitamente contro l'uso di credere nella stregoneria e di adottare tanti rimedi locali che possono rivelarsi pericolosi e dannosi. Nelle nostre conversazioni spesso si indignava, pensando che io credessi alla stregoneria e all'utilità dei rimedi locali. Dal suo punto di vista è tutto un problema di ignoranza, lei stessa ha ammesso che, prima di iniziare a studiare per diventare infermiera, credeva in molte pratiche che si è resa poi conto non avere fondamento scientifico e ora non teme ripercussioni di alcun tipo; nel suo lavoro, spiega con pazienza instancabile alle donne che vengono all'RCH come si svolgono la gravidanza e il parto, quali sono le motivazioni di certe scelte mediche e perché alcuni comportamenti dell'uso locale possono rivelarsi dannosi. Ma, come più volte mi ha detto, ci vuole tempo per cambiare la mentalità della gente.

3.3.4 Se spicchi sei uno stregone

La stregoneria è un problema sociale, vi è un rapporto strettissimo tra stregoneria e invidia (che è il peggior difetto sociale, in quanto mina l'obbligo della solidarietà).

8 Trascrizione letterale della conversazione.

Parlando con le donne del villaggio è emersa la preoccupazione di non suscitare l'invidia di alte donne rivelando e parlando della propria gravidanza. L'infermiera Rosa mi ha spiegato chiaramente questo atteggiamento, presentandolo come uno dei problemi della sua società. Per esempio, a Ipamba, come altrove, per chi ha una figlia bella e brava, che sta per sposarsi, questo può essere fonte di sciagura più che di gioia: qualcuno può esserne invidioso e agire tramite la stregoneria. E così, ad esempio, il matrimonio può venire annullato, o alla figlia può essere impedito il parto vaginale, o può morire il neonato.

Parallelamente, se il business di qualcuno è particolarmente florido, questi puoi venire accusato di stregoneria: per questo motivo molti non ostentano il proprio benessere, e fingono di essere sempre in difficoltà, o nascondono dalla vista degli altri i prodotti dei loro campi. Quando chiedevo all'artista locale, Frank, con cui avevo un buon rapporto di confidenza, chi fosse uno stregone, a Ipamba, lui mi rispondeva che nessuno lo sa con certezza, ma di sicuro tutti gli anziani lo sono. Quando gli ho chiesto se poteva esserlo anche una negoziante piuttosto scaltra (che oltre al negozio ho scoperto – per vie indirette e assolutamente casuali – gestire anche una sorta di guest house del villaggio) Frank mi ha risposto senza esitare che lei lo è di certo, i suoi affari sono troppo proficui e il suo negozio è sempre pieno di clienti. Però mi ha anche detto che uno stregone, sebbene si arricchisca, non può utilizzare il suo guadagno, perché per avere il potere dal *devil* ha molte limitazioni a cui sottostare. Non mi ha saputo spiegare meglio questo aspetto ma, da ciò che ho capito, si tratta di una sorta di “patto con il diavolo”, per cui di fatto il guadagno è illusorio e non se ne può disporre liberamente.

Ciò che emerge sulla stregoneria a Ipamba è il fatto che, invece di esserci un contesto sociale che promuove e incoraggia il raggiungimento di obiettivi positivi, avviene esattamente il contrario: nessuno deve spiccare o essere in una condizione di benessere, pena l'accusa (mai diretta comunque) di stregoneria e un certo pregiudizio e ostilità da parte della comunità. Come si è visto, la stregoneria è sempre stato un utile strumento di controllo sociale, le accuse possono essere rivolte verso nemici o personalità “sgradite”. A Ipamba recentemente non ci sono state esplicite accuse di stregoneria, l'ultimo caso a me noto risale a circa vent'anni fa, quando un uomo del villaggio è stato accusato e portato in processione verso un

luogo nel quale avrebbe dovuto essere smascherato e punito (non so i dettagli). Questi ha però preferito il suicidio, liberandosi e gettandosi nel fiume.

La stregoneria, che possiamo definire un'"antropologia spontanea", rende evidenti le pulsioni e i limiti del comportamento sociale. È una forma di diagnostica del sociale, uno specchio su cui si riflettono la società, le prescrizioni che adotta e ciò che teme. Con le parole di Bellagamba,

> Con i discorsi di stregoneria e le azioni pratiche dirette contro la stregoneria, la società mantiene viva la capacità di osservarsi preoccupata. Ricorda il proprio passato e contesta il presente. Come ieri anche oggi tutto ciò può sfociare in azioni repressive e attacchi letali alle persone. […] Desideri inconfessati, pulsioni faticosamente dominabili e manchevolezze della propria umanità sono le questioni con cui discorsi e pratiche di stregoneria spingono a confrontarsi aprendo una discussione su socialità, moralità e convivenza civile. In questo, la stregoneria si avvicina all'antropologia, alla storia e alle altre scienze umane e sociali. Guardando in faccia gli orrori e i terrori che si nascondono nell'interiorità umana, rappresenta un modo sicuramente imperfetto ma storicamente costituito per arginare i disastrosi effetti che ne sortiscono quando si trascurano di addomesticarne le potenzialità creative e distruttive. (Bellagamba, 2008: XV-XVI)

Parole che suggeriscono una dimensione riflessiva, che avvicinano la stregoneria a tante altre modalità ideate dalle società per controllare le pulsioni e ribadire un codice di condotta e, con esso, l'identità della società. Una sorta di catarsi, che fa pensare al teatro greco antico.

4 MEDICINA LOCALE

La medicina occidentale fu introdotta in Tanzania durante la colonizzazione tedesca (fino al 1916) e successivamente quella inglese (fino al 1961). In seguito, soprattutto sotto la guida di Nyerere, sono state rafforzate le istituzioni statali e il sistema medico, di impronta occidentale, cercando tuttavia di non trascurare la medicina locale. Con la dichiarazione di Arusha (1967), Nyerere cercò la strada per sconfiggere i tre grandi nemici del paese – povertà, ignoranza e malattia – e diede il via ad una grossa ristrutturazione della sanità pubblica.

Parallelamente si avviò un processo volto a rivalutare la medicina tradizionale: negli anni Settanta il governo promosse una serie di ricerche farmacologiche sugli ingredienti adoperati dai guaritori locali dalle quali emerse che molte delle erbe utilizzate avevano effettivamente principi attivi validi. Inoltre, l'approccio dei guaritori locali non era limitato alla dimensione fisica, ma rivolto all'individuo nella sua globalità, considerando parimenti le ragioni sociali all'origine della sofferenza: un'idea che cominciava a germogliare anche nella medicina occidentale.

> La ricerca scientifica ha stabilito che il tradizionale uomo delle medicine è tanto uno psichiatra quanto un medico. Ricerche simili hanno anche appurato che molte delle radici e delle erbe usate da questa gente contengono un principio medicinale molto potente. Si è così provato che dopotutto i nostri tradizionali uomini-medicina non erano degli stregoni. Questo è stato possibile solo dopo l'indipendenza e l'uomo delle medicine africano sta gradualmente recuperando quell'onore che aveva velocemente perduto con l'arrivo dei bianchi. (*The Nationalist* 30/06/1971 cit. in Bellagamba, 2008: 120)

Nel 1977 è stato tenuto a Ginevra un meeting sponsorizzato dal WHO sulla promozione e sviluppo della medicina tradizionale; nel report di questo convegno si legge che questa può essere considerata come:

> the sum total of all the knowledge and practices, whether explicable or not,

> used in diagnosis, prevention and elimination of physical, mental or social imbalance and relying exclusively on practical experience and observation handed down from generation to generation, whether verbally or in writing.
>
> Traditional medicine might also be considered as a solid amalgamation of dynamic medical know-how and ancestral experience.
>
> Traditional Africa medicine might also be considered to be the sum total of practices, measures, ingredients and procedures of all kinds, whether material or no, which from time immemorial had enables the African to guard against disease, to alleviate his suffering and to cure himself. (AFRO Technical Report Series in *The promotion and development of traditional medicine,* 1978: 8, WHO, Ginevra)

Analogamente, il guaritore tradizionale è:

> a person who is recognized by the community in which he lives as competent to provide health care by using vegetable, animal and mineral substances and certain other methods based on the social, cultural and religious background as well as on the knowledge, attitudes and beliefs that are prevalent in the community regarding physical, mental and social well-being and the causation of disease and disability. (AFRO Technical Report Series in *The promotion and development of traditional medicine,* 1978: 9, WHO, Ginevra)

Negli anni Ottanta i guaritori locali rappresentavano ancora il settore sanitario più attivo; nonostante i molti sforzi realizzati per espandere la sanità pubblica, i risultati erano ancora scadenti: dispensari e centri di salute governativi erano spesso privi di medicinali, l'ospedale regionale aveva code estenuanti, le strutture sanitarie religiose erano spesso troppo costose. In caso di malattia, quindi, il *mganga wa kienyeji* [guaritore locale] era ancora la soluzione più semplice e efficace.

Dopo gli anni Novanta, sebbene si fosse cercato di migliorare la qualità della sanità pubblica, l'attività dei guaritori locali si è ulteriormente ampliata ed è stata formalmente riconosciuta come di pubblica utilità nel 2002, a seguito della pubblicazione di un provvedimento legislativo a favore della medicina tradizionale e alternativa.

Ciò che maggiormente distingue la medicina locale dalla biomedicina è l'eziologia della malattia: non solo attribuibile a cause naturali ma anche a forze spirituali. Pertanto, anche la terapia si discosta da quella occidentale, riservando grande attenzione alla dimensione psicologica e al contesto sociale del paziente. Non si tratta tanto di curare un organo malato quanto di ristabilire l'equilibrio tra il paziente, la natura e la sua rete sociale all'interno della comunità. Equilibrio e armonia che possono essere infranti sia da cause materiali sia dall'azione diretta o indiretta di forze sovrannaturali.

È interessante la riflessione critica di Elikia M'Bokolo, storico congolese, che punta l'attenzione su alcune divergenze tra l'approccio storico e quello antropologico allo studio delle malattie. Egli critica il fatto che gli antropologi non avrebbero preso sufficientemente in considerazione l'esistenza di specialisti della medicina e l'importanza della prevenzione e della conservazione della salute presso le società africane, ma avrebbero concentrato la loro attenzione sull'interpretazione delle malattie, aspetto che, insieme all'organizzazione collettiva delle pratiche terapeutiche, avrebbero sopravvalutato.

Scrive a tal proposito Augé:

> l'idea secondo la quale la guarigione in Africa passa tradizionalmente attraverso la riconciliazione dell'individuo con il suo *entourage* ha in effetti origine in un irenismo sottilmente etnocentrico. (Augé, 1986: 15)

Secondo M'Bokolo, inoltre, nelle analisi antropologiche sul sapere medico africano si sono privilegiati due punti di vista: da una parte è stato ritenuto come diffuso nel corpo sociale e conservato da un gruppo di specialisti, dall'altra parte non costituirebbe un *corpus* intellettuale autonomo ma sconfinerebbe nella religione e nella politica, sconfinamento indubbiamente accaduto (spesso c'è un forte legame tra l'autorità e il potere taumaturgico) ma M'Bokolo invita a considerare come in Africa esista una tradizione medica specifica, per quanto riguarda fini, tecniche e agenti.

Come hanno suggerito anche altri autori (Augé, Sindzingre), non bisogna considerare i saperi medici come concezioni chiuse e sistematiche delle rappresentazioni delle malattie che si fanno società che non possono dissociare il

problema del senso dal problema della conoscenza. Tuttavia, è importante assumere il problema del senso come chiave di lettura e notare come l'interpretazione, il senso che si dà ad una malattia, sia indipendente dal grado di conoscenza scientifica. Anche prima della colonizzazione da parte della medicina occidentale, scrive Augé, la differenza tra gli specialisti e i non-specialisti non risiedeva nel *senso* ma nella *"quantità" di conoscenza*.

4.1 Locale vs tradizionale vs biomedicina nel contesto tanzaniano

Il guaritore locale in swahili è chiamato *mganga wa kienyeji*: *mganga* significa guaritore, *kienyeji* evoca sia il locale sia il tradizionale, si tratta di una tradizione localmente radicata, che distingue e definisce un luogo. Personalmente preferisco utilizzare la categoria "locale", e non "tradizionale", essendo la prima meno simbolicamente connotata, anche se frequentemente nella letteratura si utilizza la formula "medicina tradizionale" e non "medicina locale". Così facendo, tuttavia, come rileva Marsland (2007), nel contesto quotidiano tanzaniano la contrapposizione tra medicina definita "tradizionale" e "biomedicina" dà vita ad una serie di contraddizioni e paradossi, oltre che a forme ibride. Opponendo infatti le categorie di medicina "tradizionale" e "moderna", la medicina tradizionale risulta arretrata e marginale rispetto alla moderna medicina occidentale. L'effetto è quello di una sorta di evoluzione medica, con due sistemi che non possono essere concepiti come contemporanei e di pari dignità. Uno degli effetti indiretti di questa predominanza della medicina "moderna" è l'attuale presenza – accanto ai guaritori che difendono la loro "tradizionalità" – di guaritori che tendono sempre più ad appropriarsi delle pratiche della biomedicina, dando vita a forme "ibride" di medicina:

> The *waganga* [guaritori] are challenging this version of themselves as outside of the mainstream. By taking on (or aspiring to take on) aspects of modern medicine, they are challenging the representation of themselves by other as "traditional", since they are open to innovation from "outside". (Marsland, 2007: 756)

Naturalmente, in questo modo, continuando la contrapposizione tra tradizionale e moderno viene reiterato il pregiudizio evolutivo.

È stimato che oggi in Tanzania vi sia un rapporto di 1:400 pazienti per i guaritori locali e 1:2000 per i medici appartenenti alla biomedicina. Questa disparità di densità tuttavia non si traduce in una posizione realmente maggiormente riconosciuta e istituzionalizzata per i guaritori locali, nonostante occupino un ruolo centrale nel sistema medico di riferimento dei pazienti.

> For the *waganga* themselves, this marginality in terms of government policy does not sit easily with their experience of themselves as practitioners whose services are very much in demand. (Marsland, 2007: 756)

La medicina "tradizionale", inoltre, penetra anche negli ospedali, intersecandosi strettamente con la biomedicina. Langwick (2008), durante la sua esperienza in un ospedale tanzaniano, ha potuto rilevare come i rimedi locali penetrino all'interno dell'ospedale portati dai pazienti – e uno dei casi più significativi è quello dell'infuso assunto per accelerare le contrazioni ma che sovente provoca la rottura dell'utero – ma anche introdotti dal personale medico. Scrive come ventitré delle ventisei infermiere e aiuto infermiere da lei intervistate abbiano dichiarato di aver utilizzato i rimedi locali almeno una volta nella loro vita. Ciononostante tutte possono portare esempi di situazioni in cui l'uso di medicine locali è dannoso: è il caso ad esempio del *degedege,* le convulsioni dei bambini, il cui rimedio "tradizionale" si rivela molto pericoloso in un contesto di interazione con il chinino.

Tra le infermiere con cui ho parlato, solo una ha respinto con decisione i rimedi locali, le altre hanno finto scetticismo – presupponendo che io, in quanto bianca, non prestassi fiducia ai rimedi locali – per poi comunque ammettere di averli utilizzati e usufruirne tuttora.

Solo l'infermiera Rosa si è dimostrata ferma nel sostenere l'inutilità, dove non la dannosità, di certe terapie. Mi ha più volte ripetuto che la chiave di tutto è l'istruzione, anche lei prima di accedere alla scuola per infermiere credeva in tante teorie che poi ha capito non essere "scientifiche". Come scrive Langwick, riportando il pensiero di

Stacy Leigh Pigg,

> articulations of one's belief in or thoughts on traditional medicine are ways of positioning one's self. The skepticism, even condescension, of clinical staff toward traditional medicine is shaped by their training, their position as "professionals," and their position in the complicated class structures of postcolonial modernities (e.g., as people earning salaries in an area where many if not most are subsistence farmers). (Langwick, 2008: 431)

La questione del rapporto tra biomedicina e medicina locale è sicuramente molto complessa e sfaccettata, tuttavia è chiaro come i confini tra i due sistemi siano sempre più labili e di fatto vi sia una grande compenetrazione, nella concretezza della terapia, frutto di una continua frizione e negoziazione. La medicina occidentale ha molti limiti, può risolvere momentaneamente la condizione di malessere ma non mira a ristabilire l'equilibrio tra l'individuo e il mondo, e vi sono disturbi risolvibili solo dalla medicina locale. Ciononostante, i guaritori stessi usufruiscono dei rimedi della biomedicina, in un'ottica di scambio di conoscenze. (Micheli 2011a)

4.2 L'origine della malattia: naturale o sovrannaturale? La stregoneria come orizzonte di senso.

Nell'opinione di Bellagamba (2008), all'interno del sistema medico locale tanzaniano esiste una sorta di dicotomia tra le malattie attribuite a Dio e quelle attribuite agli uomini.

Le prime sono generalmente i piccoli o grandi disturbi la cui causa organica è relativamente chiara. Dio è una vera e propria "categoria causale" all'origine di un gran numero di malattie per le quali, secondo i guaritori africani, è sufficiente andare in dispensario o in ospedale, poiché anche i guaritori occidentali sono in grado di affrontarle senza ricorso agli spiriti e all'invisibile, in quanto dominio del certo e dell'organico.

Quando invece una malattia appare misteriosa, la sua origine sconosciuta, il suo decorso tragicamente infausto o non comprensibile, allora probabilmente si tratta di

una “malattia degli uomini”. Nella maggior parte dei casi è quindi richiesto l’intervento della stregoneria, in quanto la causa di questi disturbi è di origine occulta, dovuta alla mobilizzazione di forze invisibili, come la maledizione da parte degli antenati, o la colpa di un tradimento ricaduta sul figlio, o l’essere posseduti da uno spirito ancestrale. Come scrive anche Ivo Quaranta:

> a Nso', come altrove, si distingue in modo esplicito fra afflizioni inviate dagli dei e afflizioni «fatte» dagli uomini. In questo secondo caso si tratta di stregoneria. La differenza tra le due categorie sta, quindi, nel ruolo dell'azione umana nel produrre le condizioni per l'insorgere di malattia e sventura. (2006:142 cit. in Ligi, 2009: 127)

Micheli (2011) sottolinea come, nel pensiero tradizionale africano, tutto ciò che accade nel mondo abbia una causa specifica pur non seguendo, ad esempio nell'ambito medico, un rigoroso meccanismo di causa-effetto (tipico della medicina occidentale). Piuttosto, la spiegazione è saldamente ancora ad un preciso contesto spazio-temporale, da cui sono esclusi caso e fortuna. L'autrice indica come spesso vi sia una netta distinzione tra le malattie *naturali* e *innaturali*: per i Kulango le cause della malattia sono riconducibili a tre tipologie: la malattia può avere un'origine naturale e colpire di solito gli anziani. In questo caso, la malattia è ritenuta essere causata dell'Essere Supremo e il guaritore poco può fare, se non alleviare i dolori del malato. Ma la malattia può anche avere un'origine non naturale, e colpire improvvisamente un giovane in buona salute: si tratta quindi probabilmente dell'attacco di uno o più stregoni, e in questo caso il guaritore ingaggia una battaglia contro lo stregone, che sarà vinta da chi dimostra di possedere una maggiore forza mistica. Infine, può avere un'origine non naturale e colpire una persona giovane il cui comportamento si discosta dalla norma: si ritiene che la malattia venga mandata dall'Essere Supremo o dagli antenati, e il guaritore potrà guarire il malato solo se quest'ultimo si pente del suo comportamento deviante.

È dunque importante sottolineare che

> la stregoneria fornisce quindi, per un verso, un orizzonte di senso al cui

interno dare ragione della vulnerabilità individuale e, per un altro, una conferma della struttura sociale, del sistema di valori e dei rapporti di potere esistenti nella comunità. (Ligi, 2009: 128)

4.3 La coesistenza di sistemi medici a Ipamba

Di fronte ad una evidente dualità di sistemi, partendo comunque dal presupposto che sono sempre molteplici gli itinerari terapeutici che i malati percorrono, ho indagato su quale dei due sistemi medici, se quello occidentale o quello locale, nell'area di Tosamaganga sia considerato degno di maggiore fiducia. Pur non potendo giungere ad una posizione chiara e definita, emerge il notevole valore attribuito al sistema occidentale. Tendenzialmente, infatti, ci si rivolge prima all'ospedale e poi, se non si ottiene la guarigione desiderata, si prosegue la terapia dal guaritore locale. Inoltre, ciò che è molto apprezzato della medicina occidentale sono i farmaci e la loro posologia: spesso mi è stato sottolineato con approvazione come il medico indichi esattamente quante pastiglie il paziente deve assumere, a differenza del guaritore locale, che prescrive tot litri di un infuso, indipendentemente da corporatura, età e sesso.

Anche Holten, nella sua ricerca sulla gravidanza a Farabako, villaggio del Mali, rileva come le medicine occidentali siano considerate aventi grandi effetti terapeutici e nota la tendenza delle donne di recarsi alle visite prenatali non a scopo di prevenzione, ma per avere medicine: «*if the midwife did not dispense drugs during a prenatal check-up, the care was perceived as ineffective*». (Holten, 2013: 97) L'autrice riporta l'esempio di un marito che si è rifiutato di pagare la tariffa per il parto della moglie in quanto non le era stata fatta alcuna iniezione. Quando le medicine non vengono prescritte, nelle visite ospedaliere, allora i malati si rivolgono ai rimedi locali, che possono essere assunti anche in assenza di malattia, per fortificare.

The only reason local medical experts gave for patients not taking traditional medicine, was that certain medicine was dangerous for pregnant women and too strong for small children. The main reason given not to take Western drugs (if

> one was ill or not) was that they were too expensive, not that they were dangerous. The local medical experts and villagers both agreed that taking drugs was beneficial, even if a person was not ill. (Holten, 2013: 97-98)

Anche nella mia esperienza a Ipamba ho riscontrato questa leggerezza nel prescrive e nell'acquistare farmaci. Ricordo una ragazza italiana incinta a cui, in ospedale, il medico aveva prescritto una serie di medicine e lei, cercando informazioni in internet, aveva scoperto che erano assolutamente sconsigliate in gravidanza. O, ancora, un pomeriggio il mio interprete ha lamentato un forte mal di testa e si è subito recato alla farmacia del villaggio a comperare delle pastiglie, che hanno riscosso grande interesse e ammirazione da parte di sua madre e delle sue sorelle, che si sono subito informate su quanto costassero e se fossero efficaci. Un giorno mi è capitato di offrire un'aspirina a una mamma con cui stavo parlando che mi ha detto di soffrire di una persistente emicrania, e ne ho ricevuto elogi entusiastici sulla potenza.

In particolare, quando ho chiesto a Giorgia, la neonatologa che lavorava nell'ospedale di Tosamaganga, se quando prescriveva dei farmaci ai bambini le mamme erano contente mi ha risposto:

> Si, sono contente, fin troppo. Cioè io ho proprio l'impressione che qui in Tanzania, ma probabilmente è una cosa abbastanza generalizzata in questi tipi di paesi, ci sia una fiducia riposta nel farmaco, nello sciroppo, nelle medicine, eccessiva. Cioè alla fine se tu dai loro uno sciroppo sono contente, vanno via contente...se tu invece dai solo un consiglio come dire altrettanto sanitario come importanza, che non è una medicina, che non ha un nome strano ma che magari è molto semplice, a loro sembra di non aver ricevuto niente, forse non lo fanno neanche. Ci sono alcune malattie che colpiscono i bambini in cui i farmaci e gli antibiotici sono inutili e dovresti magari consigliare semplicemente delle azioni molto semplici, io ho sempre l'impressione che non attecchiscano...attecchisce molto di più il flacone colorato di antibiotico.

Tuttavia, come si vedrà più avanti, vi sono certi problemi che possono essere risolti solo dal guaritore (come evitare il cesareo) e certe credenze che resistono

inattaccabili (come l'importanza del lato della caduta del moncone ombelicale).

4.4 Malattie e rimedi locali

Concentrata sulle problematiche legate alla gravidanza e al parto, ho cercato di penetrare il sistema medico locale, considerando come i discorsi sulle malattie non siano narrazioni fini a se stesse, o fonti di dati su sintomi e patologie ma, attraverso le narrazioni della malattia, si costruisce la realtà. Quando le donne mi spiegavano i vari rimedi locali e la loro funzione, avveniva una co-produzione e una negoziazione di saperi e significati, un reciproco riposizionamento. Come ha scritto Holten,

> narrative cannot be examined as a self-contained and independent text; it is a constructed reality. In other words, the significance of a narrative does not depend on the text, but rather on how people construct and use the text to generate particulate meanings in specific contexts, and how others interpret and react to the messages they receive. (Holten, 2013: 116)

Inoltre,

> illness narratives are not only reflexive accounts of the past; they also create future possibilities. Illness narratives are action oriented and performative. (Holten, 2013: 117)

Le categorie di malattia gettano una luce sulla dimensione culturale soggiacente e le narrazioni possono essere utilizzate dagli individui come strategie per raggiungere determinati effetti nell'interazione sociale: per esempio, per ribadire il proprio sistema di valori o giustificare le proprie azioni.

Per quanto riguarda la gravidanza, ho indagato sui rimedi utilizzati per sottrarsi a risvolti indesiderati, e dai rimedi, sono emerse le preoccupazioni maggiori, come ad esempio il tentativo di evitare in ogni modo il taglio cesareo.

Per raccogliere queste informazioni mi sono inserita in una lezione settimanale

che le infermiere della RCH (Reproductive and Child Health) tengono alle donne che soggiornano nel *wanyafilo* (cioè le donne che raggiungono l'ospedale mesi prima del parto e per loro non si prevedono complicazioni) e ho in seguito chiesto conferma e confrontato i rimedi con le donne del villaggio, soprattutto con mama Caterina, una signora anziana madre di undici figli.

Rosa, l'infermiera che mi ha accompagnato in questo incontro con le donne del *wanyafilo*, mi ha chiesto a cosa ero interessata e, nella prima ora, ha fatto domande in proposito, ponendosi molto bene: parlava con calma, modulando la voce, ed emanava sicurezza. In generale nel contesto ospedaliero le donne tendono ad essere assai intimorite di fronte alle infermiere e, soprattutto, ai medici, non osano quasi esprimere i loro timori e disturbi. Con Rosa, invece, avevano un atteggiamento diverso, rispettoso ma non troppo impaurito, la ascoltavano con attenzione e non temevano di intervenire e rispondere alle sue domande.

Elenco qui alcuni dei rimedi locali che mi sono stati illustrati, i termini sono in hehe, la lingua locale:

LUENI: si tratta di un rimedio realizzato con le foglie di una piccola pianta e utilizzato per curare il *degedege*, cioè le convulsioni (nei bambini piccoli) e i dolori addominali (negli adulti). Per i bambini si fa un'infusione di queste foglie in acqua, gli adulti invece le masticano. Questa pianta è molto comune e ognuno può procurarsene le foglie facilmente.

MUANGIKO: rimedio utilizzato per prevenire l'aborto. Viene preparato unicamente dalle anziane ed è oggetto di un piccolo business: solo le anziane conoscono la pianta da utilizzare e non ne rivelano a nessuno il nome. Quando ho chiesto conferma di questo rimedio ad un'anziana – che non ha ammesso di conoscere la pianta – mi ha detto che serve per impedire di partorire troppo presto. Holten sottolinea come spesso la conoscenza medica è mantenuta segreta per aumentarne il potere e proteggere il paziente. Le persone con cui ne ho parlato non hanno evidenziato questo aspetto, quanto piuttosto il fatto che sia oggetto di business.

MWELEVELE: si tratta di un infuso di corteccia di un determinato albero utilizzato

per evitare il cesareo:

> They are believing that: those who was get a cesarean section..now if you will use this you can't get again cesarean section. The function of the drug it is mainly to direct the way, so the baby will pass. And there is timetable for using this drugs. They're starting as soon as possible. So they're taking one cup and if Monday or Sunday you have to select one day per week till the end of sixth month and then you have to stop it at all it will be taking once one cup till sixth month, then you're going to stop, you're waiting the day of labour pains, so you're taking that, you're going to peel that tree, when you'll peel...so you're going to peel that tree after peeling you're going to boil, so you're drinking that water..so you're drinking one cup again during labour. During labour. You're waiting till the starting of labour. You're going to drink while are starting labour. But never drink without labour. […] So when you'll start labour you have to tell your mother who will be giving this to boil..you're going to say: mama I'm feeling labour pains.[9]

Una delle donne presenti è intervenuta raccontando come il suo primo figlio sia nato con parto cesareo ma, durante le gravidanze successive, abbia fatto uso di questo rimedio: ci ha detto con orgoglio che stava aspettando il settimo figlio, tutti ancora viventi e nati con parto vaginale. Quando ho espresso il mio interesse e ho cercato di approfondire l'argomento l'infermiera Rosa mi ha risposto piuttosto seccata:

> R. - Now is it true? Because when you're going to get cesarean section there are many reasons for getting cesarean section..maybe big baby, contracted pelvic..why you think this drug is reality, it isn't true!
>
> IO - Not true but I...
>
> R. - But they are thinking it's true
>
> IO - Yes, I'm interested on what they believe..
>
> R. - Yeah, yeah, so they're believing so..she has six this is number seven..all alive, six all alive.
>
> IO: - And she's taking this dawa [medicina]..

9 Trascrizione letterale delle parole di Rosa.

> R. - So, that woman she was talking that: she's going now, this tree is near water so up to now she didn't take…because this Ruaha [il fiume che scorre lì vicino], it is just here. That treatment it is possible to found here. So she will go to take it.[10]

Tuttavia un'anziana del villaggio di Ipamba mi ha invece detto che il *mwelevele* è una medicina utilizzata durante l'allattamento al seno per prevenire la diarrea nel bambino:

> this is for the breast feeding of the baby. If the mother give the breast to the baby and the baby is affected with diarrhea. So they give him this medicine in order to prevent that.[11]

E mi ha detto di non conoscere nessun rimedio per evitare il taglio cesareo.

Un altro rimedio della medicina locale, di cui avevo sentito parlare ma non ho riscontrato concretamente, è un infuso di erbe che viene assunto per indurre le contrazioni, e che spesso provoca la rottura dell'utero. Ne accenna, ad esempio, Denise Roth Allen, riferendo una conversazione avuta con un ostetrico (nel corso di una conferenza sulla salute materna del 1990), il quale sottolineava l'importanza di istruire le *traditional birth attendants* in quanto riteneva avessero l'abitudine di utilizzare erbe per indurre o velocizzare le contrazioni. Ha spiegato come nell'ospedale dove lavorava (in una città della Tanzania centrale) quando si presentava una donna con una rottura uterina nel suo stomaco venivano trovati di solito resti di erbe. Tuttavia, come scrive Allen,

> when I asked if any chemical analyses had been conducted to establish a direct link between the contents found in those women's stomachs and their uterine ruptures, he said he didn't think so. (Allen, 2010: 109)

L'uso di queste erbe che possono portare a una rottura uterina è stato

10 Trascrizione letterale della conversazione

11 Trascrizione letterale delle parole del mio interprete

riscontrato anche in uno studio condotto da un chirurgo negli anni '80 nell'ospedale di Lugarawa, nella parte sud occidentale della Tanzania.

4.5 Il guaritore locale nella zona di Iringa: dalle ricerche di A. Bellagamba alla mia esperienza sul campo.

Nella ricerca di Alice Bellagamba, svoltasi negli anni Ottanta, su stregoni e guaritori nei dintorni di Iringa, emerge come i guaritori si distinguessero in “piccoli” e “grandi”.

I primi, *mganga mdogo*, curavano disturbi semplici con radici ed erbe, vantando una conoscenza ereditaria; attraverso le erbe si affrontavano anche le disgrazie, le invidie e si curava l'infertilità. Studiavano attentamente il caso del paziente, ricercandone una sintomatologia conosciuta a cui veniva associato l’utilizzo di particolari tipi di erbe. Molta attenzione era data alla causa scatenante – vermi, cibo, stregoneria – che determinava il tipo di terapia utilizzato: una stessa malattia, causata da ragioni diverse, veniva anche curata in modo diverso. Non era raro che i piccoli guaritori utilizzassero la divinazione per comprendere meglio la “verità” sulla malattia del paziente, per esempio spesso si utilizzava lo *ngelo* (in lingua hehe, *bao* in swahili), uno strumento divinatorio costituito da una tavoletta di legno incavata, su cui si faceva scorrere un cilindro: il guaritore gli rivolgeva domande sulla malattia del paziente e, nel momento in cui il cilindro si fermava, indicava la verità.

I “grandi guaritori”, invece, erano figure di prestigio che svolgevano la loro professione a tempo pieno e che attiravano a sé folle anche da luoghi distanti. Parlavano più lingue, spesso sapevano scrivere e potevano curare varie situazioni tra cui la malattia fisica e mentale, la sterilità, la disoccupazione, gli affetti, gli affari, le competizioni, la protezione dalla stregoneria. Mentre i piccoli guaritori spesso non si facevano pagare, i grandi curatori richiedevano un pagamento appropriato. Essi inoltre si proponevano come complementari, o addirittura alternativi, rispetto alla sanità pubblica, riprendendo immagini della medicina occidentale e riportandole nei loro orizzonti.

L’arte della medicina veniva appresa dai genitori fin da bambini, iniziando col riconoscere e raccogliere i vari tipi di erbe. Una volta assimilato il patrimonio di

conoscenze, ogni guaritore lo modificava e lo adattava in base alla propria esperienza e sensibilità personale. L'arte del curare nei pressi di Iringa era, secondo Bellagamba, vera *tradizione*, ossia il risultato di un *corpus* solido e vitale di conoscenze sul corpo.

Durante il mio soggiorno sul campo, nello stesso luogo ma qualche anno dopo, mi sono confrontata con il fatto che, nell'area di Tosamaganga, il guaritore locale (*mganga wa kienyeji* o *witchdoctor*) è una figura vista con sospetto, e mi è risultato molto difficile ottenere informazioni dirette o indirette sulla sua attività.

Micheli (2011a) sottolinea come vi siano diverse figure che operano ai margini tra vita e morte, tra aldiquà e aldilà, come gli stregoni, i maghi, i guaritori, le levatrici, gli indovini, i sacerdoti. Questa loro posizione al confine li rende piuttosto ambigui, sono riveriti ma anche sospettati, sono pericolosi e vanno trattati con rispetto, sono mediatori tra due mondi.

Ho spesso chiesto se il guaritore può essere uno stregone e mi è stato risposto da alcuni che le due figure possono coincidere (e infatti bisogna fare attenzione nell'avvicinarlo), da altri invece che non può esserlo, in quanto aiuta le persone, non fa loro del male.

Comunque, quando ho espresso il desiderio di contattarne uno, ho dovuto affrontare una serie di ostacoli.

Innanzitutto non è stato facile localizzare un guaritore, ho chiesto al mio interprete se sapeva dove si trovasse il più vicino (fino a qualche anno fa nella stessa località di Ipamba viveva un guaritore ma ora non più), ma mi ha risposto che proprio non sapeva e che avrebbe chiesto ai suoi parenti. Dopo qualche giorno mi ha riferito che suo padre mi sconsigliava caldamente di cercare un guaritore, poteva rivelarsi molto pericoloso.

Allora ho chiesto ad un'infermiera non intimorita dalla stregoneria, e lei mi ha detto il nome di un villaggio abbastanza vicino a Ipamba, dove fino a poco tempo fa operava un medico locale. Ho chiesto al mio interprete di accompagnarmi per aiutarmi nella conversazione ma si è decisamente rifiutato, affermando che era troppo rischioso per lui, e ha cercato di convincermi a lasciar perdere. Questo stesso atteggiamento reticente l'ho riscontrato, oltre che nel mio interprete (figlio di un presunto stregone) e nella sua famiglia, anche in quasi tutte le persone con cui ho

parlato di questa mia idea.

Alla fine sono giunta ad una soluzione di compromesso, ho trovato una persona disposta ad accompagnarmi da un guaritore in città. Nemmeno questo nuovo interprete era particolarmente entusiasta, continuava a dire che queste cose non gli piacciono e che sarebbe stata la prima e ultima volta che si avvicinava a un medico locale, troppo pericoloso. Vicino a casa sua riceveva uno di questi guaritori, tuttavia ha preferito farsi accompagnare da un amico presso un guaritore operante in tutt'altra parte della città.

Quest'esperienza è risultata in netto contrasto con le mie aspettative. Dopo aver parlato con l'infermiera che non teme la stregoneria e con le donne del *wanyafilo*, dopo aver visto le cicatrici alla base della gola di diverse ragazze (mi è stato spiegato che fanno parte dei rimedi per curare alcune malattie), mi immaginavo tutt'altro ambiente. Probabilmente sono incappata in una delle forme “ibride” di cui parla Marsland (2007).

Già il fatto che lo studio di questo medico fosse in città, in centro, proprio di fianco alla stazione degli autobus, con un cartello pubblicitario nella via, era suggestivo. Quando siamo arrivati allo studio il guaritore non c'era, ma l'amico del mio interprete aveva il suo numero di cellulare ed è arrivato subito. Giovane, meno di quarant'anni, in giacca e camicia. Ci ha condotti all'interno – una piccola stanzetta con due panche ai lati, la scrivania e, alle pareti, un assortimento di bottiglie di alcool piene di frammenti di erbe e polveri – e ha acconsentito a rispondere alle mie domande. Mi ha spiegato che da lui vengono persone per cercare rimedio ad ogni genere di malessere, dalle malattie fisiche alle delusioni d'amore. Mi era stato detto che quando ci si reca da un guaritore locale non serve spiegargli il proprio problema, il guaritore osserva il paziente ed è lui a descrivere i sintomi. Evidentemente però questa competenza non rientrava tra quelle del guaritore da me contattato. Lui ascolta il problema del paziente e prepara la medicina adeguata.

Nel sistema biomedico è pratica comune per il paziente rispondere alle domande del medico e parte del momento diagnostico si basa sulla comunicazione medico-paziente. In altri sistemi medici, invece, il paziente fornisce pochissime informazioni al medico, è soprattutto il medico a parlare. Come scrive Holten:

> a sign of a good healer is one who quickly knows the diagnosis, sometimes with the aid of divination. A healer's diagnosis is made without having to ask numerous questions about the patient's physical state. (Holten, 2013: 104)

Un altro aspetto che differisce dalla pratica biomedica è quello della gestione delle informazioni. L'autonomia è uno dei principi basilari della bioetica, il paziente deve avere libertà di scelta nel trattamento, e gli devono essere fornite tutte le informazioni mediche necessarie per poter decidere, si parla infatti di “consenso informato”. Nel sistema medico locale, invece, il paziente si fida del medico e accetta le sue decisioni e le sue prescrizioni senza spiegazioni sul suo disturbo e senza essere consultato. Questa tendenza in uso nel rapporto con il guaritore locale è stata esportata anche in ospedale, da quanto ho potuto osservare. La mia frequentazione dell'ospedale si è limitata al reparto di maternità e, sporadicamente, al reparto di pediatria, ma credo sia un atteggiamento piuttosto diffuso. Anche in sala parto le ostetriche non spiegano le dinamiche del parto, e i medici e le infermiere non condividono le loro diagnosi con il paziente, se non minimamente. Questo è un atteggiamento considerato normale, anche se a volte mi è capitato sentire donne lamentarsene. Solo all'RCH insistono invece nello spiegare accuratamente quali possono essere, ad esempio, le motivazioni mediche per ricorrere ad un taglio cesareo o qualsiasi altro tipo di informazione medica inerente alla maternità e alla salute infantile.

In molti sistemi medici africani la divinazione assume un ruolo di fondamentale importanza diagnostica, parte integrante della terapia. Tuttavia, nel corso della mia indagine non ho trovato traccia di questa pratica, ma purtroppo mi è stato molto difficile avvicinarmi al mondo della stregoneria e della medicina locale, per cui non escludo che sia pratica corrente. Un discorso analogo per il legame tra guaritore e antenati, e in generale la chiamata in causa degli antenati come potenziali agenti causali di malattie. Ciononostante il guaritore con cui ho parlato ha sottolineato come tutta la sua famiglia e diversi antenati fossero guaritori, e come egli avesse imparato da suo padre, con un apprendimento pratico di mimesi, osservandolo e imitandolo. Non ho potuto appurare se la trasmissione del sapere terapeutico segue le linee di discendenza o vi è maggiore apertura.

I guaritori africani sono, o dovrebbero essere, abili psicologi; dovrebbero essere in

grado di percepire le tensioni sociali e le preoccupazioni che possono turbare chi si rivolge a loro, i guaritori non curano tanto il sintomo ma la causa profonda che vi sta dietro (e che può essere completamente slegata dalla manifestazione sintomatica) al fine di ricostituire l'ordine e l'armonia: la malattia è semplicemente il sintomo della rottura nell'equilibrio naturale. Tanto che i guaritori Kulango, ad esempio, non toccano (se non in casi particolari, come piaghe e ferite) il corpo del paziente. Sarebbe inutile, la causa della malattia non va ricercata nel corpo ma nella vita del malato. Scrive Micheli:

> Se il guaritore non si occupasse della sistemazione dello squilibrio che costituisce la causa eziologica del malessere (l'offesa agli antenati ad esempio), ma si limitasse a curare i sintomi, protrarrebbe lo stato di malattia del paziente, il quale, una volta guarito dal suo disturbo immediato (il mal di testa ad esempio), prima o poi avrebbe una ricaduta, manifestando problemi fisici anche peggiori e diversi dalla prima volta. (Micheli, 2011a: 34)

È interessante inoltre notare la differenza tra *cura* e *guarigione*, presente nel pensiero Kulango. La cura è un'azione superficiale, che tratta i sintomi, ed è competenza dell'erborista, colui che ha competenze botaniche ed è in grado di far fronte ai piccoli disturbi quotidiani. La guarigione invece implica, oltre alla cura dei sintomi, anche il ristabilimento dell'ordine e dell'armonia. Ed è solo il guaritore che ha la capacità, chiamando in causa anche forze agenti sovrannaturali, di guarire nel pieno senso del termine.

Tornando al guaritore da me incontrato, gli ho domandato in particolare se ci fossero molte donne che chiedono medicine per questioni inerenti alla gravidanza e mi ha risposto che spesso le donne gli si rivolgono per avere rimedi utili ad evitare il cesareo; lui personalmente conosce quattro differenti medicine utili a tal scopo.

La sua medicina si pone in una relazione paritaria e di reciproco scambio con la biomedicina. Ha raccontato come, tempo fa, abbia collaborato ad un progetto occidentale sui rimedi locali per curare la malaria: si è recato in diversi villaggi con un medico bianco a raccogliere informazioni. Ha specificato che rivolgersi a lui o all'ospedale è esattamente lo stesso, anche a livello di tariffe. Su questo ho qualche

dubbio, quando gli ho chiesto quanto costa una di queste medicine per evitare il cesareo ha detto che a me farebbe un prezzo favorevole: 30.000 scellini (l'equivalente di 15 euro). Un prezzo molto alto (sicuramente gonfiato), considerando che in periferia l'affitto mensile di una casa con elettricità è 20.000 scellini e la paga minima è di 90.000 scellini.

Micheli (2011a), a proposito di un guaritore Kulango, evidenza come egli non chieda pagamenti in denaro, non essendo il suo potere sufficiente per guarire: deve sempre rivolgersi ad agenti esterni e sovrannaturali, e sarebbe dunque scorretto esigere compensi per un merito non suo. Tuttavia accetta doni spontanei, a guarigione avvenuta. Un contesto diverso rispetto a quello di Iringa.

Alla fine dell'incontro, il guaritore ha voluto dimostrarci il potere delle sue medicine: ha preso un pezzo di carta di giornale, ci ha mescolato sopra tre polverine e ha annunciato il fuoco. Effettivamente la carta di giornale si è incendiata. I miei accompagnatori erano molto impressionati. Per la nostra conversazione mi ha chiesto 10.000 scellini.

4.6 La cura del neonato, pratiche e credenze

La gravidanza e il parto sono momenti prettamente femminili, del neonato si occupa esclusivamente la madre, pur essendo le nonne molto presenti in tutte le fasi finali della gravidanza e nei primi momenti di vita del bambino.

I papà, invece, non sono mai presenti in ospedale alla fine della gravidanza (e nessuno è con la donna nel momento concreto del parto) e nei giorni immediatamente seguenti la nascita, se tutto procede regolarmente. Se invece sorge qualche complicazione e la mamma deve trattenersi più a lungo, come nel caso dei prematuri, o il bambino ha bisogno di qualche terapia specifica, il padre solitamente compare. Fuori dagli orari di lavoro l'ospedale tende a popolarsi di presenze maschili. L'orientamento generale, comunque, è quello di lasciare la gestione della nascita e del neonato alle donne, pur essendoci eccezioni, padri più presenti delle madri. Per esempio, Giorgia, la neonatologa mi ha riferito del padre di un bambino nato con qualche difficoltà che la chiamava regolarmente per chiederle consigli e informarla di

ogni aumento del peso del figlio.

Le neomamme sono tenute a portare il bambino in ospedale per una visita postnatale dopo sette, quattordici e trenta giorni. Questo servizio è in genere molto apprezzato, le mamme sono contente che qualcuno visiti gratuitamente il proprio figlio e risolva i loro dubbi e timori. Ma, anche in questo caso, non è un atteggiamento universale.

Quando il bambino si ammala solitamente prima o poi viene portato in ospedale (a volte per problemi irrilevanti, a volte è gravemente malato) ma i genitori tendono ad aspettare fino all'ultimo sperando in un miglioramento. Da quanto mi hanno detto le persone con cui ho parlato, in genere – e sopratutto tra le famiglie che vivono nelle zone rurali – è il padre che decide quando portare il figlio in ospedale, ma dipende dal contesto familiare. Parlando con Giorgia, le ho chiesto se le mamme spiegano il problema del figlio quando è malato:

> Eh dipende. Tendenzialmente si, ti dicono, cioè non è che ti nascondano il problema. Dopo magari certe volte non è facile capire veramente qual è il problema, perché magari ti segnalano un sintomo che poi non è quello veramente importante e poi tante volte mi è capitato che magari la mamma non vuole rimanere ricoverata perché ha dei problemi a casa, vuole essere dimessa, non ha tempo di rimanere così e purtroppo lì si, tendono anche a nasconderti il sintomo, cioè a dire “si si il bambino va meglio”, in realtà te ne accorgi benissimo che non va meglio, magari ti sta tossendo davanti a te però loro vogliono andare a casa. È capitato più di una volta, anche oggi, un bambino gravissimo, malnutrito, in pediatria che sta andando lievemente meglio ma non è assolutamente fuori pericolo, lo vedi, lo capirebbe chiunque che non è fuori pericolo..la mamma vuole andare a casa. Però è anche vero che non so cosa ci sia dietro, non penso proprio che sia una scelta solo sua, anzi. Infatti dopo indagando ha detto che ha il papà che vuole che vadano a casa e per questo non gli manda più i soldi e il cibo per mantenersi qui durante il ricovero. E quindi lei ovviamente chiede di andare a casa perché non ha alternative. Cioè spesso ci sono..io percepisco che spesso ci sono delle dinamiche familiari molto complesse in cui la mamma è solo una parte..magari non ha neanche tutto questo potere decisionale, anzi.

4.6.1 Allattamento e malnutrizione

La nascita segna una separazione del corpo della madre dal corpo del bambino, tuttavia il legame viene mantenuto in un rapporto pieno di fisicità come è l'allattamento. L'immagine del seno ha una ricchezza simbolica enorme, evoca un'ampia gamma di immagini, che vanno dall'erotico al materno; rinvia alla Dea Madre, alle statuette del neolitico in cui la donna era rappresentata nella sua femminilità e fertilità, con ampio seno e ventre (si pensi ad esempio alla venere di Willendorf). Il Cristianesimo, come sottolinea Ranisio (1996), ha dato grande impulso alla funzione biologica dell'allattamento al seno, unica funzione che ha attributo a Maria, dispensata dai rapporti fisici, dal travaglio e da altri processi fisiologici. Nell'iconografia più antica la Madonna era rappresentata mentre allattava, stile iconografico che è radicalmente cambiato con la controriforma, per cui, con il rifiuto del corpo nudo, Maria si copre il seno e assume una posizione più regale.

Il latte è il simbolo della vita, come il sangue[12] è una forza vitale ed è, in molte società, oggetto di pratiche e prescrizioni magico-terapeutiche, oltre che alimentari. L'idea di maternità è talmente legata all'allattamento per cui se una donna non ha latte spesso viene percepita come non una “buona” madre. Nell'ospedale di Tosamaganga se una donna nei primissimi momenti non ha latte non ne parla con le ostetriche, quando le chiedono se il bambino si nutre afferma di allattarlo senza difficoltà.

Mi è stato detto che è raro che una donna sia senza latte, tuttavia può succedere. In questo caso, se la famiglia può permetterselo, si ricorre al latte artificiale – che è piuttosto costoso (1 kg costa 20.000 scellini, circa 10 euro) – oppure, qualche famiglia decide di propria iniziativa di sopperire alla mancanza di latte utilizzando il latte di mucca, sebbene non sia una soluzione ottimale. Anche il latte di mucca è abbastanza costoso (250 ml costano 1.000 scellini, 50 centesimi), ma comunque molto meno del latte in polvere. Se non hanno a disposizione né latte in polvere né

---

12 Questo legame latte-sangue è molto evidente nella medicina ippocratica, dove si riteneva che il sangue mestruale si trasformasse in latte durante la gravidanza e l'allattamento. In generale latte sangue e sperma sono i tre fluidi principali del corpo considerati come fondamentali supporti di vita.

latte di mucca, le mamme cercano di fare il possibile con altri tipi di alimenti, ma in questo caso il neonato non ha nutrimento sufficiente e tende a deperire. Non ho invece incontrato nessuna mamma che avesse fatto allattare il neonato ad un'altra donna, solo dopo una certa insistenza una giovane donna mi ha detto che è pratica possibile, ma ha portato come esempio l'eventualità di una madre molto malata o morta. Chiedendo alle donne del villaggio, tutte si sono dichiarate d'accordo sul fatto che la mancanza di latte sia un problema raro e risolvibile con la medicina. Riporto, ad esempio, le parole di una signora anziana e di una di mezza età:

> Is not normal for the woman to lack breastfeeding, it happen mostly to that first day after get delivery she lack milk but after two days milk will be ok! And if it occur more than two days the doctor activate breastfeeding by advising her to eat the food which will bring a lot of milk for baby.
>
> Impossible! It can happen maybe for two days or three not more than one week, otherwise there is big problem which need physician help but never seen![13]

Riguardo al cibo che il dottore consiglia non hanno saputo dirmi di che tipo di cibo si tratti, ma tra i rimedi locali si usa il peperoncino piccante.

Le donne al primo figlio spesso non sanno come allattare e maneggiare il neonato, quando lo attaccano al seno, per incoraggiarlo a succhiare, tendono a scuoterlo. La corretta posizione da tenere viene loro spiegata all'RCH e dalle infermiere immediatamente dopo il parto, con il supporto di una bambola. Alcune mamme sono pronte ad accettare consigli, altre sono più restie e continuano a fare di testa loro. Le nonne entrano in azione soprattutto nel caso delle donne che hanno partorito con taglio cesareo: subito dopo l'operazione, quando la mamma è ancora troppo debole per alzarsi dal letto, avvicinano il neonato al seno materno. Per stimolare la formazione del latte è importante che il neonato venga attaccato al seno fin da subito.

L'allattamento tuttavia può rivelarsi anche pericoloso: mama Jackie è stata rimproverata dai genitori perché ha intrapreso una seconda gravidanza prima che la

13 Trascrizione letterale delle parole del mio interprete.

primogenita compisse due anni. Lei si è giustifica affermando di non sapere di dover mantenere una certa distanza tra i due figli, anche se altre ragazze con cui ne ho parlato ne erano a conoscenza e mi hanno detto che è per questo che di solito una coppia appena sposata decide di avere un figlio, perché poi bisogna aspettare almeno due anni per averne un altro. Questo intervallo è considerato fondamentale, in quanto si ritiene che il latte di una donna incinta sia dannoso per il bambino che viene allattato. Mi hanno spiegato che può portare ad una malattia della quale mi hanno descritto i sintomi: il bambino perde energia, la pelle diventa giallastra e disidratata, i capelli radi. Il termine indicante questa malattia è *kwashakor*, una storpiatura di kwashiorkor – termine in lingua Ga del Ghana che significa «the desease of the deposed baby when the next one is born» (Williams cit. in Holten, 2013: 138) e utilizzato dal pedriatra Cecily Williams in un articolo del 1935, ad indicare questa particolare forma di malnutrizione – e in kiswahili viene chiamata *utapiamlo.* La malnutrizione *kwashiorkor* è causata da assunzione insufficiente di proteine, anche se il livello calorico complessivo è adeguato, e provoca edemi a viso, mani e piedi, irritabilità, perdita di appetito, decolorazione dei capelli e lesioni ulcerose alla pelle. L'altra categoria biomedica utilizzata per indicare grave malnutrizione è *marasmus*, malnutrizione causata da insufficiente apporto calorico che provoca estrema emaciazione. A volte i due problemi possono essere concomitanti, e quindi si parla di *marasmic kwashiorkor.*

Anche Holten (2013) ha rilevato questa categoria di malattia (*kwashiorkor*) nella sua ricerca in un villaggio del Mali, dove viene chiamata *sede*. *Sede*, è riferita ai bambini che smettono di essere allattati al seno quando nasce un fratello, o prima del parto (mentre a Ipamba lo svezzamento avviene non appena la madre si accorge di essere incinta, è il latte materno ad essere pericoloso). La spiegazione biomedica è che il latte materno contiene aminoacidi e proteine essenziali per la crescita, che vengono a mancare nella dieta ricca di carboidrati ma povera di proteine con cui vengono svezzati i bambini. Quando Holten ha chiesto quale fosse la causa di *sede*, le è stato risposto «when a woman becomes pregnant too early». (Holten, 2013: 145) Il bambino necessita di tempo per poter crescere e se la madre inizia una gravidanza troppo vicina alla sua nascita, il bambino può venire colpito dalla malattia *sede*, che non viene quindi, nemmeno in Mali, legata a uno svezzamento troppo precoce. I

rimedi indicati per evitare *sede* sono i contraccettivi. In Mali la malattia non è specificatamente legata al latte materno, tuttavia se la madre di un bambino affetto da *sede* supera la vergogna e si rivolge a un'anziana del villaggio, questa le consiglia di interrompere immediatamente l'allattamento, poiché una donna incinta ha una "pancia calda"[14] e questo calore che sprigiona può causare al bambino febbre e diarrea, rendendo il momento *precedente* il parto il più pericoloso per *sede*, mentre di fatto un bambino è maggiormente a rischio malnutrizione *dopo* il parto, quando il latte materno non è più sufficiente per entrambi i figli. Un bambino affetto da *sede* viene nutrito e curato con tè zuccherato, infusi di erbe e/o frutti e incantesimi e, raramente, a quanto ha riscontrato Holten, latte di mucca.

È inutile cercare di far aderire la sintomatologia locale alle proprie categorie biomediche di malattia, non sempre i sintomi coincidono con una realtà oggettiva, è più interessante considerare come le malattie siano costruite come realtà sociali, piuttosto che entità naturali. Anche se il termine inglese utilizzato a Ipamba è evidentemente legato alla categoria biomedica, si aggiunge un elemento nuovo, che attribuisce la malattia al latte materno. Quando ho provato ad esplorare la categoria locale con i miei strumenti e ho chiesto se potesse trattarsi di malnutrizione mi hanno spiegato che la malnutrizione contribuisce ma non si tratta di vera e propria malnutrizione, anche se è connessa ad un'alimentazione non equilibrata. Non sono riuscita a capire esattamente che ruolo abbia il latte materno, ora pericoloso, nella dinamica della malattia. Chiedendo quali siano i rimedi per curare questa forma di malnutrizione mi è stato risposto:

> they have to give a baby the food with full of all nutrients in order the baby to regain and also you can feed the normal milk from cow but you must dilute that milk with water! But there is special milk which is in powder form also you can

---

14 Considerare la donna in gravidanza come "calda" è pratica piuttosto diffusa in molte parti del mondo e si rifà ad una disposizione a pensare in termini di opposizioni binarie (propria anche della medicina ippocratica e galenica). Tutto l'universo è pensato in modo dicotomico, anche se i termini delle opposizioni variano nelle diverse culture. In questo caso l'opposizione significativa è caldo/freddo: la donna in gravidanza sarebbe "calda" a causa del sangue – elemento caldo – che non viene più disperso con la mestruazione. (cfr. Qauttrocchi, 2001 Holten 2013, Micheli 2011b)

feed the baby.

E confrontandomi con Giorgia, la neonatologa, mi ha detto:

> Noi vediamo tanti casi di malnutrizione che cominciano nel bambino quando a quel bambino viene smesso l'allattamento al seno perché magari è in arrivo un altro bambino. E allora magari quel bambino diventa malnutrito. Poi è anche vero che l'allattamento al seno è protettivo nei confronti della malnutrizione e delle malattie, ma dopo i sei mesi di vita un bambino non va allattato, cioè a sei mesi di vita devi iniziare a svezzarlo, a inserire altri elementi. Se qualcuno pensa che un bambino di un anno può farcela solo con l'allattamento al seno, è sbagliato.

Comunque Mama Caterina, un'anziana del villaggio, mi ha riferito che il dottore ha stabilito che si può allattare senza pericolo fino al settimo mese di gravidanza, e lei si fida.

La malnutrizione, un problema molto grave in gran parte dell'Africa sub-sahariana, è strettamente dipendente da diversi fattori: biologici, ecologici, economici ma anche sociali e culturali. Ricerche e programmi di prevenzione e trattamento della malnutrizione operano in base all'assunto che la malnutrizione sia legata all'alimentazione. E questo presupposto distanzia l'interpretazione biomedica da molte interpretazioni locali. *Utapiamlo* e *sede non* sono strettamente legati all'alimentazione, le cause vanno ricercate altrove, nella sfera socio-culturale, dimensione che non dovrebbe essere trascurata nei programmi di sviluppo. Quella che sembra la causa prima, la povertà, comunque non basta da sola a spiegare la grande incidenza di malnutrizione. Ad esempio, durante la mia permanenza sul campo ho accompagnato Giorgia ad un incontro con delle mamme locali organizzato in una casa-famiglia nella vicina città di Iringa. Qui vive una coppia italiana che, oltre ad accogliere bambini con difficoltà e senza una rete sociale che li sostenga, ha avviato un progetto con le mamme della zona per insegnare loro a mangiare “bene”. In questi incontri, a cui partecipano le mamme e i loro figli più piccoli, vengono spiegate le basi di una corretta alimentazione, viene data frutta come merenda ai bambini e vengono distribuiti generi alimentari (come zucchero, farina, olio) alle

mamme. Giorgia ha parlato dei vari gruppi nutrizionali che si trovano nei diversi alimenti, e dell'importanza di garantire ai bambini una dieta varia ed equilibrata. Ha spiegato che a un bambino non servono grandi quantità di cibo, basta un piccolo pezzo di carne o un uovo per colmare il fabbisogno proteico. È però emerso che il problema è molto più vasto, ha radici culturali. Al di là della disponibilità di cibo e delle abitudini alimentari, se anche la famiglia ha i soldi per comprare un uovo, questi non vengono investiti nel bambino, ma piuttosto il padre va a bere birra o *ulanzi* (l'alcool locale). Il bambino piccolo è sempre all'ultimo posto nella scala delle priorità, anche durante i pasti, nei quali tutti prendono il cibo da un unico piatto, e i più piccoli spesso ne risentono: chi mangia più veloce mangia di più. E le mamme, soprattutto nelle zone più rurali, non hanno il potere e l'autorità sufficiente per imporsi sulle scelte del marito.

4.6.2 Sterilità e cordone ombelicale

> Le rappresentazioni della sterilità sono sempre fondate su delle osservazioni concrete e precise, non su un corpo di conoscenze astratte scientificamente riconosciute, e le griglie di interpretazione di questo fenomeno si riferiscono alla pratica sociale. (Héritier in Augé, 1986: 116-117)

Françoise Héritier parla di uno o più «corpi di invarianti universali» (Héritier in Augé, 1986: 116) in riferimento alle rappresentazioni della sterilità che si possono riscontrare in diversi gruppi etnici. Innanzitutto il discorso sulla sterilità, pur fondandosi su osservazioni concrete, non è basato né sulla conoscenza scientifica della fisiologia umana né sulla morale. È un discorso che parla «della pratica sociale e delle regole di condotta che a questa si rifanno». (*Ibid.*) Inoltre, poiché la sterilità è sempre e ovunque considerata un problema femminile, è indicativa del rapporto sociale tra i sessi. Infine, il discorso sulla sterilità (e sulla fecondità) esprime quella che è «una omologia di natura tra il mondo, il corpo individuale e la società, e la possibilità di trasferirsi da uno all'altro di questi registri. Questa omologia si esprime con contenuti simbolici variabili ma secondo leggi formali identiche». (*Ibid.*)

Ma il rapporto tra queste dimensioni è in realtà più di una semplice omologia, ogni dimensione ricade sulle altre e la causa ultima risulta essere sempre dal lato sociale. Infatti gli effetti di una trasgressione o di un errore ricadono sui corpi individuali o sul mondo circostante. L'autrice porta esempi di popolazioni presso le quali, quando una donna sterile viene seppellita, si adopera l'accortezza di trafiggerle i reni affinché, una volta sottoterra (elemento caldo), il suo sangue (anch'esso caldo) non secchi la terra per accumulo di calore rendendola sterile. O ancora, l'esistenza di interdizioni specifiche che impediscono alla madre di procreare nello stesso momento della figlia, per non mescolare le generazioni e il sangue. Per mantenere l'ordine nel corpo e nel mondo occorre quindi mantenere l'ordine sociale.

Nella cultura hehe (predominante intorno all'ospedale di Tosamaganga) il discorso sulla sterilità è strettamente connesso con le pratiche sul corpo del neonato: è importante che il moncone ombelicale, quando si secca e si stacca, non ricada tra le gambe del neonato. Se così accadesse il neonato, o la neonata, diventerebbe sterile. Quasi tutte le donne con cui ho parlato mi hanno detto che bisogna prestare attenzione al cordone ombelicale sia dei maschi che delle femmine, anche se alcune si sono riferite esclusivamente a quello dei maschi, altre solo a quello delle femmine. Ho riscontrato una certa confusione su questo punto, che denota come la sterilità, a questo livello, sia percepita poter essere sia maschile che femminile. Parlando invece di coppie senza figli, i miei interlocutori accusavano esplicitamente la parte femminile e non prendevano in considerazione il fatto che potesse essere un problema maschile. La sterilità è un problema molto grave per le donne di molte culture africane: quando ho chiesto a Rosi, una mamma ormai nonna del villaggio, se ci fosse qualche differenza tra una donna con figli e una senza figli mi ha risposto di si, la donna senza figli è emarginata, i figli sono importanti, garantiscono una discendenza al clan.

La placenta e il cordone ombelicale, in molte culture, sono oggetto di trattamenti specifici. Come mette in evidenza Quattrocchi (2006), in quanto elementi legati al corpo e ora separati da esso vanno ad intaccarne i confini. Inoltre,

> spesso si ritene che la placenta o il cordone ombelicale e il bambino mantengano un legame simbolico anche dopo la loro separazione. In alcuni casi

> tale legame opera secondo la legge simpatica di similarità, per cui agendo sul residuo organico si ritiene di agire sul corpo del bambino cui tale residuo è appartenuto. […] In certi casi si ritiene che la placenta rappresenti un "doppio" del bambino, la cui salute dipende anche dall'integrità della sostanza stessa. Altre volte vi è un legame simpatico tra la placenta e il latte materno. (Quattrocchi, 2006: 34)

È quindi fondamentale assicurarsi che la placenta e/o il cordone ombelicale non possano venire utilizzati per danneggiare la persona a cui sono legati. Spesso, questi vengono sotterrati, distanti dall'abitazione e in profondità, in modo da non poter essere ritrovati da nessuno, né uomini né animali. Inoltre, Van Gennep sottolinea come la rimozione della placenta e il taglio del cordone ombelicale rappresentino la fine di un processo biologico (la gravidanza e il parto) e le azioni rituali che seguono sanzionino il passaggio avvenuto: l'abbandono, da parte del neonato, del mondo precedente e l'inserimento in quello attuale.

A Ipamba e nell'ospedale di Tosamaganga invece vi è un contesto differente, placenta e cordone ombelicale sono meno carichi di significati. La placenta viene presa in carico dalle infermiere, e nessuno la reclama mai (per esempio uno dei requisiti a cui devono rispondere gli *health centers* per essere riconosciuti come tali è avere un dispositivo apposito per lo smaltimento della placenta). Il moncone ombelicale, una volta seccatosi e staccatosi, viene accuratamente eliminato, come mi ha detto una delle donne più anziane del villaggio:

> they trow to the place which is not open, like the hole of toilet or forest, because that remained umbilical cord is not healthful when maybe children found that and eat can cause diarrhea disease and also can affect them in reproduction system..for people to touch only is not a big problem maybe a child take that remained umbilical cord and contact to the productive organ.[15]

Una ragazza invece mi ha detto che la mamma lo seppellisce sotto ad un albero,

---

15 Si tratta di una trascrizione fedele delle parole del mio interprete.

ma non ha saputo spiegarmi perché, ha detto che è tradizione. Il costume spesso basta da solo a giustificare un comportamento: in molte culture basate sull'oralità, come scrive Crevatin,

> è molto rara, per non dire inesistente, la trasmissione del sapere basata su specifiche istruzioni verbalizzate in maniera decontestualizzata e/o su definizioni, per cui il sapere, anche quello specialistico, viene appreso per partecipazione, ostensione e mimesi. (Crevatin, 2007:11)

Il sapere non costituisce quindi un *corpus* uniforme e unitario, ha molte sfaccettature, in quanto derivante da diverse esperienze personali e, in un sistema di apprendimento mimetico, passa in secondo piano la motivazione delle specifiche azioni, il "perché" si agisca in un modo piuttosto che in un altro.

Dunque a Ipamba, per proteggere il neonato – e quindi il futuro adulto – dalla sterilità, fino a pochi anni fa si usava allacciare con uno spago il moncone intorno al collo del bambino. Recentemente, tuttavia, le ostetriche hanno caldamente scoraggiato questa pratica, spiegando che poteva rivelarsi pericolosa per il bambino, e oggi si applica una fasciatura per fermarlo sul ventre del neonato. Neanche questo sistema è ideale, infatti il cordone – dopo essere stato tagliato, stretto per evitare perdite di sangue e avvolto in una garza – necessita di aria per asciugarsi velocemente ed efficacemente, ma almeno non si rischiano strattoni dannosi. Ciononostante, spesso, le mamme appena tornano a casa, lontano dagli occhi delle infermiere, tornano ad allacciare il moncone intorno al collo.

Questa pratica è molto diffusa e radicata, tutte quelle con cui ho parlato ne erano a conoscenza e ne hanno sottolineato l'importanza. Ho potuto constatare effettivamente quanto fosse considerata vera e fondamentale quando ne ho parlato con Rosa, l'infermiera della RCH, in presenza del mio interprete, Jeremy. Rosa mi ha detto che era molto diffusa e che loro non sapevano più come spiegare alle donne che non è vera la connessione tra il lato della caduta del cordone e la fertilità futura. A queste parole Jeremy si è riscosso e con aria stupita ha chiesto un po' diffidente com'era possibile che non fosse vero. La stessa Rosa ha ammesso che anche lei ci credeva, prima di iniziare la scuola per infermiere, e questo è uno dei motivi per cui –

secondo lei – l'istruzione è molto importante.

Tuttavia, bisogna sempre tenere presente il fatto che non basta che una spiegazione scientifica sia vera perché venga creduta, se è in disaccordo con altre credenze preesistenti.

4.6.3 Imparare ad essere mamma

Spesso i momenti cruciali della vita degli uomini sono protetti e controllati da pratiche e rituali. La gravidanza è solitamente uno di questi momenti. Non è possibile, e nemmeno mia intenzione, sintetizzare i differenti usi e interdizioni delle diverse culture africane legati alla gravidanza. Nondimeno, si possono individuare dei punti coincidenti con le varie fasi del "processo di fabbricazione" di un bambino, comuni a più società, anche se declinati diversamente.

Innanzitutto, la nascita di un bambino necessita di un'unione tra uomo e donna. Nelle diverse società vi sono regole precise sulle alleanze di matrimonio, e sull'adesione della prole al lignaggio materno o paterno. Presso alcune società matrilineari, come ad esempio i Kulango, è riscontrabile anche una tendenza all'agamia, incoraggiata dagli anziani del lignaggio, al fine di mantenere i figli delle figlie all'interno del matrilignaggio, ed evitare problemi che potrebbero eventualmente sorgere a seguito dell'unione di due giovani provenienti da diversi sistemi di parentela.

Per quello che concerne in particolare la fecondazione, ogni società elabora modelli differenti: presso alcune società si pensa che il merito sia soprattutto del padre, presso altre della madre, presso altre ancora sono gli antenati che si reincarnano nei corpi dei neonati o, in altri casi, il merito va alle potenze religiose. A chiunque sia attribuibile il merito, a partire dal momento in cui la donna è fecondata, il suo statuto cambia e comincia un periodo d'attesa che coinvolge l'intera comunità.

Come mettono in evidenza B. Ravololomanga e E. Ewombé-Mound, la gravidanza è un periodo molto delicato, durante il quale è necessario mettere in atto una serie di protezioni e interdizioni. Tra le tecniche di protezione, la prima è il silenzio. Durante i primi mesi di gravidanza, la futura mamma non rivela il suo stato, è un momento di

grande vulnerabilità durante il quale deve essere molto prudente per non provocare l'invidia delle altre donne.

Presso i Bantu,

> la personne, conçue comme un tout, peut être appréhendée selon trois groupes de principes: le principe existentiel, le principes vitaux et le principes matériels […]

quindi si ha

> la protection des principes vitaux, à partir d'un “travail” sur les principes matériels: les ongles, une touffe de cheveux au front de la tête, de l'occiput, les poils des aisselles et du pubis, un peu de saleté de son bras. (Lallemand *et al*., 1991: 54)

Questi materiali organici sono poi chiusi in un sacchetto legato alla vita della donna. Si tratta «*de consolider un lien, d' attacher solidement l'enfant dans le ventre de sa mère, de renfoncer le cordon ombilical*». (*Ibid.*)

Quanto alle interdizioni, alimentari e comportamentali, sono rivolte non solo alla donna incinta, ma anche alla sua famiglia e al suo *entourage*, poichè «*son ventre, en tant que réceptacle, devient celui de toute la communauté*». (Lallemand *et al*., 1991: 42). Le interdizioni alimentari solitamente funzionano secondo un meccanismo di analogia: la madre trasmette al feto le caratteristiche culturalmente assegnate a un elemento particolare. Così, ad esempio, mangiando uova in gravidanza il bambino potrebbe nascere calvo. Parallelamente, una donna incinta non può cogliere il frutto di un albero, in questo caso ad essere richiamata è l'analogia con il feto legato alla madre tramite il cordone ombelicale.

Per quanto riguarda il nutrimento del feto, presso alcune società, come i Lobi di cui scrive Michèle Cros, questo è sia fisico che simbolico. Presso i Lobi è necessario proseguire i rapporti sessuali il più a lungo possibile, per inserire pienamente il feto all'interno del patrilignaggio. Lo sperma paterno è per il feto quello che sarà il latte materno dopo la nascita.

Dunque, attraverso l'obbligo di conformarsi a queste interdizioni, ognuno si trova in un orizzonte di riferimento preciso ed è integrato all'interno della sua società. Inoltre,

perché la gravidanza giunga felicemente a termine e il neonato si senta accolto, è necessario che ci sia un'atmosfera armoniosa tra i membri della comunità. Tutti i conflitti devono essere risolti, al fine di evitare gli attacchi di stregoneria.

Anche il parto è spesso percepito come un momento di estremo pericolo per la madre e il neonato, regolato da specifiche sequenze di comportamento, che spesso esigono che il futuro padre, e in generale gli uomini, siano allontanati dal luogo del parto. Gli Joola sottolineano che, attraverso il parto, la donna muore per dare la vita al suo bambino. E questo è ancora più evidente nel momento in cui la placenta è chiamata *jaw-ol* (la madre di quello) (Lallemand *et al*., 1991: 36) e sembra essere un doppio della madre, la parte che muore veramente. Ho già accennato all'importanza, in molte culture, della placenta e del cordone ombelicale, oggetto di trattamenti specifici, in quanto sostanze liminali, elementi legati al corpo e, a volte, concepiti come un "doppio" della persona.

È interessante notare che, per esempio presso i Lobi, nel caso la madre muoia di parto o poco dopo, il neonato è chiamato *nibo* (colui che ha rifiutato sua madre) e «*se vengerait de la sorte car dans une vie antérieure, elle l'aurait "mangé en sorcellerie" […] il revient donc pour se faire justice*» (Lallemand *et al*., 1991: 102). Questo bambino avrà fin dall'inizio uno statuto speciale, e non diventerà mai un vero Lobi.

Per cercare di reagire alla perdita di figli piccoli, ci sono diverse soluzioni, da rituali a mutilazioni del corpo del bambino deceduto (perché non torni a tormentare i genitori) all'utilizzo di nomi "spazzatura"[16], destinati a proteggere il bambino nato dopo la morte di diversi fratelli e sorelle maggiori. (Lallemand *et al*., 1991: 20)

Nella mia esperienza sul campo, tuttavia, non ho riscontrato quasi nessuno tra questi elementi descritti nella letteratura. Nel villaggio di Ipamba vige la patrilinearità. Il matrimonio viene celebrato nel villaggio dello sposo e la moglie entra a far parte della sua famiglia e prende, come i figli, il cognome del marito. Per partorire, e soprattutto in occasione del primo parto, è tuttavia molto frequente che le donne

---

16 Dunque, per esempio, presso gli Joola (AA. VV. O. Journet) si chiamerà il neonato *Holobaan* (già sepolto) *Burè didiol* (è la terza volta che torna), *Ekaane* (non se ne può più), *Kakendo* (aspettando lo cresciamo), *Kaeum* (metà), *Ukop* (crosta di formaggio) e così via.

tornino nel villaggio d'origine, dalla madre. Mi è stato detto che di solito il neonato più desiderato è il maschio, perché porta avanti il nome della famiglia, ma le famiglie impoverite invece preferiscono figlie femmine, così da avere un ricavo economico nel momento in cui queste si sposano (è infatti in uso pagare il prezzo della sposa, in mucche o denaro, a seconda delle disponibilità economiche delle famiglie). In città mi è capitato di conoscere coppie che non possono sposarsi perché l'uomo non ha ancora i soldi sufficienti per pagare il prezzo della sposa e, nel frattempo, convivono.

Nello specifico, parlando con varie persone, non è emersa alcuna teoria particolare sulla fecondazione, e nemmeno sulla prevalenza di merito di uno dei due genitori, né su interdizioni alimentari da rispettare durante la gravidanza. L'unico elemento significativo, a protezione del feto e della madre, è il silenzio. Non si parla della gravidanza, nemmeno con le amiche più strette, perché potrebbero essere invidiose e danneggiarti, attraverso la stregoneria.

Come si è visto, la placenta non riveste alcun ruolo simbolico e solo il cordone ombelicale, seppur non risulti essere legato alla persona, ha una dimensione ulteriore, in quanto legato alla fertilià.

Se il neonato muore, non vi sono riti e nemmeno rimedi a cui ricorrere, non sono in uso nomi “spazzatura”, amputazioni e non vi è l'idea che l'antenato si reincarni nel bambino. Se muore, oltre alla spiegazione scientifica, mi hanno detto che è volontà divina. Oltre che possibile azione della stregoneria.

Per quanto riguarda nello specifico il nome, la letteratura antropologica sottolinea l'importanza dell'attribuzione del nome e i vari tipi di nome che vengono scelti, a seconda che si voglia ribadire il legame con qualche antenato o qualche potenza spirituale[17]. A Ipamba, invece, da quanto ho potuto osservare, nella scelta del primo nome non si richiamano antenati, ma piuttosto è importante la dimensione estetica e/o religiosa. Sono i genitori che, di comune accordo, decidono il nome, secondo il loro gusto, e spesso mi è stato chiesto di suggerire qualche nome occidentale, tantissimi portano nomi italiani o inglesi, in genere nomi di santi (o altri personaggi

17 Tra le tipologie di nomi vi possono essere i nomi che riprendono quello di un'altra persona (tipicamente un antenato), i nomi di “circostanza” (ad esempio il giorno della settimana in cui il bambino è nato), i nomi messaggio, che fanno riferimento ad una particolare situazione, e i nomi indirizzati a esseri invisibili (Dio o altre potenze spirituali). (Fédry 2009)

religiosi) o di personalità importanti. Curioso il caso di una ragazza che ha chiamato suo figlio George Hamilton: lei in realtà voleva chiamarlo solo Hamilton ma le hanno detto che non poteva essere battezzato Hamilton, non essendo un nome religioso. Allora ha scelto George, e al villaggio questo bimbo è conosciuto come George, mentre agli occidentali lo presenta come Hamilton. Il nome viene imposto entro i primi tre giorni dalla nascita, solitamente il primo giorno. Nel caso il neonato cominci a piangere ininterrottamente si chiamano gli anziani della famiglia (i nonni e le nonne) e questi scelgono un nome per il bambino, accompagnando la scelta ad una spiegazione, e il neonato smetterà di piangere. Sono pochi quelli che ho incontrato con un nome locale (come ad esempio Zawadi, che in swahili significa dono). Il secondo nome invece è quello del padre, che se possibile viene adattato al femminile per le figlie.

Uno degli elementi che ha assunto grande risalto nelle conversazioni che ho avuto è l'ignoranza che spesso le ragazze rivelavano nei confronti dei vari aspetti della gravidanza e del parto. In una società in cui avere bambini riveste un'importanza centrale nella vita femminile, non si parla comunemente dell'argomento. Spesso le questioni fondamentali per l'uomo, inerenti alla vita e alla morte (come il parto e la gravidanza), hanno una dimensione di “sacralità” per cui non sono oggetto di conversazione in un contesto ordinario, ma gli si riservano spazi e tempi precisi. (Holten, 2013, Ranisio 1996)

A Ipamba, per questo tipo di informazioni, le ragazze si rivolgono alle nonne, mai alle madri, o a quella che chiamano *clinic*, cioè l'RCH (*Reproductive and Child Health*). Qui trovano un servizio ottimo che copre vari ambiti, dal *family planning* ai consigli e indicazioni alimentari durante la gravidanza, alle spiegazioni su come si svolge il parto, quali sono le principali complicazioni possibili e perché a volte si ricorre al cesareo. Solo prima del matrimonio le mamme hanno una conversazione “seria” con le figlie, ma incentrata su come essere una brava moglie e prendersi cura della casa e del marito, non su questioni sessuali. Quello della sessualità è un tipo di sapere sacro, che va gestito con cautela, che si comunica nei riti di passaggio, nel periodo tra la separazione dell'iniziando dalla comunità e il suo reintegro in quanto membro effettivo a pieno titolo. In molte società l'iniziazione viene accompagnata da mutilazioni genitali, tuttavia, nel villaggio di Ipamba e nei dintorni si usa solamente la

circoncisione maschile, che viene effettuata in ospedale e non è accompagnata da alcun tipo di rivelazione. Le motivazioni per la circoncisione che mi hanno riferito sono in parte di ordine medico (per una maggiore igiene e per ridurre il rischio di contrarre l'AIDS[18]) e in parte di ordine sociale (le ragazze rifiutano chi non è circonciso). A volte sono i genitori ad accompagnare il figlio in ospedale per l'operazione, altre volte è il bambino che chiede di essere circonciso, come i suoi coetanei. L'età è molto variabile, dai tre ai tredici anni, ma di solito l'operazione avviene entro i cinque o sei anni di vita. Non vi è nulla di simile per quanto riguarda l'iniziazione femminile. L'unica cosa particolare è il fatto che la ragazza prima del matrimonio è detta *bachela* (termine che mi è stato indicato come *street language* per indicare la non-maritata) e in quanto tale non può parlare di gravidanza e parto. Cosa possibile solo dopo il matrimonio. È con il matrimonio che si legittima la posizione della donna, che diventa *mkubwa* (letteralmente *grande*, nel senso di adulta) anche se ha già avuto un figlio. Avere un figlio prima del matrimonio è solo «*bad luck»*, non comporta alcun cambiamento di status. Tuttavia molte tra le donne e ragazze a cui ho chiesto mi hanno detto di non conoscere questo termine (*bachela*) e alcuni ragazzi hanno affermato che si riferisce anche ai ragazzi non ancora sposati. Solo una ragazza mi ha parlato di una sorta di passaggio così chiaro e definito tra prima e dopo il matrimonio. Altre mi hanno detto sorridendo che l'unica differenza tra *bachela* e maritata è che la *bachela* ha molti fidanzati, la donna sposata un solo marito.

4.6.4 Il corpo femminile

Il corpo in generale è sempre stato al centro di un'attenta riflessione, che si è declinata in varianti diverse nelle varie culture. Come sottolinea Quattrocchi (2006), spesso il corpo è stato pensato in termini di opposizioni binarie, come caldo/freddo o secco/umido, che hanno alla base l'idea del mantenimento dell'equilibrio (si pensi ad

18 Secondo recenti studi la circoncisione maschile ridurrebbe del 60% il rischio, per l'uomo, di contrarre il virus HIV il rapporti eterosessuali. Si tratta tuttavia di una protezione parziale, che deve essere adottata unitamente ad altre misure di prevenzione. (Fonte: WHO)

esempio alla teoria degli umori in uso nell'antica Grecia).

Quando poi ad essere indagato è il corpo femminile, emergono una serie di attenzioni particolari: la capacità generativa della donna è percepita come pericolosa, e quindi da controllare attentamente:

> Si tratta di un controllo simbolico sul processo riproduttivo che si esprime attraverso l'elaborazione di pratiche, saperi e rappresentazioni che allo stesso tempo costituiscono anche un controllo politico e sociale del corpo femminile (attraverso per esempio le politiche sanitarie o la pianificazione familiare). (Quattrocchi, 2006: 25)

Il corpo femminile è spesso connotato come “aperto”, e questa apertura è sia fisica che simbolica. Dal corpo femminile entrano ed escono diversi elementi, che possono essere positivi ma anche negativi, e quindi pericolosi e contaminanti, come ad esempio presso molte culture è il sangue mestruale. I confini del corpo femminile sono labili, e vanno controllati e gestiti accuratamente nell'interesse della donna stessa ma anche e soprattutto della comunità.

Anche nell'antica Grecia il corpo femminile era oggetto di una particolare attenzione: nella medicina di Ippocrate, famoso medico vissuto tra il V e il IV secolo a.C. e autore di un *corpus* medico, l'organo centrale femminile è l'utero. Utero che non è fissato in una posizione precisa, ma “vaga” all'interno del corpo provocando una serie di disturbi, a seconda degli organi a cui si avvicina. Solo con la gravidanza questa situazione di disordine viene normalizzata, l'utero appesantito si abbassa e si ferma nella sua naturale posizione, ristabilendo l'equilibrio all'interno del corpo.

Analogamente, anche i Maya yucatechi, ritengono che gli organi siano mobili, e che si spostino, provocando malesseri. Nel caso delle puerpere,

> lo sforzo fatto per espellere il bambino provoca al corpo femminile una situazione di “disordine” generale: l'utero si è “abbassato” e bisognerà “rialzarlo”, il *ti'pté* [organo collocato sotto l'ombelico] si sarà “spostato” e dovrà essere rimesso al suo posto, il corpo intero dovrà essere “ricomposto” e “chiuso”. (Quattrocchi, 2006: 31)

E per ricomporre il corpo femminile si ricorre quindi a pratiche quali il massaggio e la fasciatura del basso ventre e delle natiche, cosicché gli organi siano fermi e immobili e l'equilibrio interno al corpo femminile sia ristabilito, come pure l'equilibrio del corpo con il mondo esterno.

4.6.5 Diventare donna

> De simples humains demeurés jusque-là dans l'état où, dirons-nous, la nature les a faits, sont transformés en des êtres dotés de propriétés «extra-ordinaires» qui les rendent aptes soit à devenir les «véritables hommes» ou les «véritables femmes» que les normes culturelles en vigueur ont définis, soit à exercer une autorité ou un pouvoir ainsi revêtus du sceau de la légitimité substantielle et non plus seulement formelle. L'un des moyens pour obtenir cette modification est, dans les deux cas, la manipulation – tantôt purement symbolique, tantôt incluant une intervention effective sur le corps – de l'identité sexuelle de l'individu. (Adler, 2007: 77)

Presso molte società i riti di passaggio e l'iniziazione sono momenti fondamentali della vita umana, che sanciscono il passaggio di status e, come nel caso dell'iniziazione "creano" e inseriscono l'individuo nella società. (Van Gennep 2009) Contrariamente all'iniziazione maschile – che comporta spesso la circoncisione e la morte rituale del bambino, che rinasce alla società come uomo – l'iniziazione femminile non è così chiara e definibile. La prima mestruazione è senza dubbio uno dei momenti chiave, ma non è l'unico.

Presso alcune società africane, la prima mestruazione è preceduta dalla circoncisione femminile, finalizzata a preparare la donna alla gravidanza. Spesso, infatti, è quest'ultima o, meglio, il partorire un figlio vivente, a consacrare veramente il nuovo status della donna, riconosciuta decisamente come tale solo in quanto madre.

La prima mestruazione è un momento emblematico per la vita di ogni donna ma, come sottolinea M. Cros, il sangue mestruale non è sempre lo stesso. Bisogna distinguere tra le «*premières règles d'une jeune fille*» e «*le retour de couches*» e «*toutes les autres menstrues émanant d'une femme-mère*». (Cros, 1990: 62)

Ad esempio, presso i Lobi (tra Burkina Faso, Costa d'Avorio e Ghana) solamente queste ultime – in quanto strettamente legate alle relazioni sessuali e alla fecondità – sono oggetto di un'attenzione particolare e di interdizioni. In effetti, fino al momento del primo parto, si considera il corpo femminile incapace di trattenere lo sperma dell'uomo e, dunque, le mestruazioni non sono che normali secrezioni femminili.

Per quanto riguarda la circoncisione femminile[19], non intendo addentrarmi in questa sede in questo discusso e delicato argomento, ma in quanto manipolazione della sessualità femminile ha degli aspetti, forse delle motivazioni, che è interessante notare. C. Pasquinelli, ad esempio, sottolinea come agendo sul clitoride, che rappresenterebbe un piccolo pene, si tratterebbe di eliminare la parte maschile della donna. E, in parallelo, la circoncisione maschile, andando a tagliare una piccola fascia di pelle avvolgente (il prepuzio), eliminerebbe il femminile nell'uomo. Inoltre, lavorando sui genitali della donna, la si "chiude", si gestisce la sua fecondità.

Riguardo all'opposizione corpo aperto/chiuso, è interessante il parallelismo sottolineato da Alfred Adler (2007) tra la chiusura del corpo maschile e la chiusura del corpo femminile. A proposito dei Chaga della Tanzania, l'autore descrive l'iniziazione maschile in uso nel XIX secolo, e abbandonata in seguito alla colonizzazione tedesca. Il grande segreto rivelato agli iniziandi Chaga, che non dovevano assolutamente divulgare ai non iniziati (donne e bambini), è che

> on n'allait pas leur boucher l'anus et le suturer. Mais il fallait que ceux-ci soient convaincus que les garçons en âge de procréer ne déféquaient jamais, qu'ils digéraient complètement leur nourriture. De façon très significative, l'anus

19 «Female genital mutilation (FGM) comprises all procedures that involve partial or total removal of the external female genitalia, or other injury to the female genital organs for non-medical reasons.» (WHO 2010) Ci sono diversi tipi di mutilazione, anche se forse sarebbe opportuno utilizzare una categoria più neutra, come taglio o modifica (Ciminelli) : «Clitoridectomy: partial or total removal of the clitoris and, in very rare cases, only the prepuce. Excision: partial or total removal of the clitoris and the labia minora, with or without excision of the labia majora. Infibulation: narrowing of the vaginal opening through the creation of a covering seal. The seal is formed by cutting and repositioning the inner, or outer, labia, with or without removal of the clitoris. Other: all other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, e.g. pricking, piercing, incising, scraping and cauterizing the genital area.» (WHO 2010)

bouché est appelé *wumi*, ce qui veut dire «virilité». (Adler, 2007: 102)

Sally Falk Moore invece sottolinea la dimensione delle opposizioni binarie, per cui si ha

> une opposition entre défécation et menstruation féminines et le fait pour les hommes de retenir leurs excréments et de ne pas perdre de sang. Ainsi, la femme est « ouverte », comme le vagin pour la pénétration du pénis, tandis que l'homme est « fermé » […] la fermeture est un symbole de fécondité […] une femme fermée est une femme enceinte, un homme fermé (initié) est un homme fécond. (Adler, 2007: 103)

Anche presso i Lobi, l'escissione è praticata per preparare il corpo della donna al parto. Presso questa popolazione, questa pratica non è iscritta in un discorso mitologico, ma è «légitimée uniquement à l'aide d'arguments natalistes» (Cros, 1990: 55). E, se durante il parto sorgono delle difficoltà, si pratica un secondo taglio, perché il clitoride o le piccole labbra non impediscano la nascita.
Ma nel momento in cui il corpo della donna è stato ritualmente "chiuso", ella è pronta a diventare pienamente donna, e a integrarsi in quanto tale in seno alla propria società, generando dei figli.

Tuttavia, nella mia indagine sul campo, non ho trovato riscontri con questo tipo di simbolizzazioni legate al corpo femminile, se non il fatto che la donna tanzaniana, quando partorisce si apre (in swahili partorire si dice *kujifungua*, letteralmente aprirsi), e questa apertura è sia fisica che simbolica, si apre alla vita.

5 IL PARTO

> "Costruire culturalmente" l'evento parto è una costante di ogni cultura, e la diversità sta semmai nelle modalità di "addomesticamento" di volta in volta adottate e nel sistema di valori cui si fa riferimento. (Quattrocchi, 2001: 135)

Il parto va considerato all'interno di quello che Brigitte Jordan ha definito come sistema etno-natale, ogni società sviluppa una serie di credenze e pratiche coerenti con la propria dimensione culturale. Il parto non è mai un evento puntuale, si dilatata nel tempo, dal momento dell'attesa al puerperio, e va considerato come tale, nel suo completo svolgimento. La capacità generativa della donna è stata sempre invidiata dal mondo maschile, in molte società nel momento del parto – quindi nel momento di massima femminilità – lo status della donna cambia ed essa viene inserita a pieno diritto nell'universo maschile[20]. Ranisio (1996) sottolinea come Margaret Mead, in *Maschio e femmina*, avesse posto in relazione i rituali di iniziazione maschili con la subordinazione femminile: l'iniziazione è una rinascita, e l'opinione di fondo è che le donne posseggano i segreti della vita. Il rituale sarebbe quindi un modo per appropriarsi del potere generativo e, con il controllo sociale sulla sessualità e

---

20 Si veda, ad esempio, Adler (2007) o si pensi alla dimensione della partoriente nel mondo greco antico, dove una serie di parallelismi e specularità fanno pensare ad un'invidia della gravidanza: vi è una stretta connessione tra il letto e la guerra; l'ἀνδρεία [virilità] stessa esige una prova eroica della sofferenza e la sofferenza più acuta appartiene al letto, non alla guerra. Plutarco racconta come a Sparta fosse vietato scrivere i nomi dei defunti sulle tombe, con l'eccezione degli uomini morti in guerra e delle donne morte di parto; per andare in guerra l'uomo greco si cinge, mentre la partoriente scioglie la cintura. E ancora, le supplici di Euripide dicono di aver portato il figlio sotto il fegato, che è anche il luogo tipico della ferita maschile. Infine la guerra femminile, il parto, è posta sotto la protezione di Artemide, dea vergine spesso a fianco di Ares in guerra. Il modello della sofferenza è quindi femminile: la sofferenza fisica delle donne serve per esprimere il dolore morale e il dolore dell'uomo ferito nel corpo. Emerge quindi un femminile doppio e diviso tra la riproduzione, e quindi il piacere (Tiresia diventato donna assicura che la donna prova i 9/10 del piacere contro il restante 1/10 dell'uomo) e il combattimento, in cui la donna dimostra un coraggio che non può avere un nome, in quanto ἀνδρεία spetta solo all'uomo

fecondità femminile l'uomo acquisisce superiorità sulla donna.

Nel mondo occidentale il parto da “affare di donne” (Quattrocchi 2001), corale, da risolvere in casa, lontano dagli occhi degli uomini, è diventato sempre più individuale, medicalizzato e gestito da uomini. Il controllo sulla sessualità e sulla fertilità femminile è, nella società occidentale, spesso esercitato da una figura specifica: il medico maschio. In questi ultimi anni, tuttavia, si assiste a un ritorno verso pratiche “tradizionali” come il parto in casa (con personale qualificato) e ad una sempre maggiore presa di coscienza nei confronti dell'aspetto “meccanico” e “tecnologico” del parto in ospedale, dove si tende a gestire il corpo della donna come se fosse una macchina, e quindi controllabile e prevedibile in tutte le fasi. Ciononostante, è il modello medicalizzato che si continua ad esportare nei paesi non occidentali, in culture che ancora conservano la dimensione prettamente femminile del parto, in cui il momento della nascita è denso di significati e carico di preoccupazioni e relativi comportamenti rituali e terapeutici affinché non vi sia contaminazione e pericolo. Come la morte, anche la nascita è un momento cruciale nella vita dell'uomo, in cui aldiqua e aldilà entrano in contatto, e pericolose “presenze” devono essere controllate o allontanate.

In questo capitolo intendo prendere in considerazione il parto nell'ospedale di Tosamaganga come fenomeno complesso, soffermandomi su due punti di vista dello stesso evento: quello dell'ospedale e quello delle partorienti.

5.1 IN OSPEDALE

Inizio questo approfondimento sul parto dalla dimensione medica, ospedaliera, cercando di descrivere – per quanto le mie competenze non ostetriche me lo permettano – gli strumenti e il *modus operandi* adottato dal personale. Per osservazione diretta non ho potuto assistere ai tagli cesarei, solo ai parti per via vaginale, ed è questa la tipologia di parto sulla quale mi concentro maggiormente. Per quanto riguarda il taglio cesareo, questo può avvenire con anestesia generale o loco-regionale, a scelta di chi opera (i cesarei sono di competenza sia del ginecologo sia dell'*assistant medical officer*, spesso tuttavia è il ginecologo che se ne occupa,

anche se forse la sua presenza sarebbe più utile in sala parto). Il taglio può essere orizzontale o verticale, a Tosamaganga vengono eseguiti entrambi. Il taglio orizzontale è più estetico (recentemente è l'unico adottato in Italia) ma dal punto di vista medico è migliore quello verticale (per questioni di cicatrizzazione e minore impatto su organi e tessuti). La principale differenza rispetto all'uso in Italia sta nel filo, a Tosamaganga si utilizza un filo unico, che garantisce un effetto finale migliore ed è più funzionale, in Italia invece si utilizzano graffette o punti singoli. Gli inconvenienti del filo unico compaiono quando non si riesce a sfilarlo fluidamente, e bisogna quindi andare ad incidere nuovamente per rimuoverlo.

5.1.1 Il partogramma

Il partogramma è uno strumento molto impiegato in ostetricia, anche se il suo utilizzo non è universale e uniformato: ne esistono molte varianti (non vi sono direttive internazionali, è adottato a discrezione dei vari governi nazionali) e non tutti sono convinti della sua efficacia e utilità. Si tratta di un grafico che – opportunamente compilato – monitora e mette in relazione tre tipi di informazioni: avanzamento del travaglio di parto, condizione di salute materna, condizione di salute fetale. Questi tre dati, incrociati, permettono di capire se vi è qualche complicazione, come ad esempio sofferenza fetale, e di intervenire quindi prontamente ed efficacemente. Naturalmente, una corretta compilazione del partogramma è fondamentale.

La prima parte grafica del partogramma venne originariamente elaborata da Friedman, il quale sviluppò mediante un diagramma cartesiano una curva cervimetrica che mettesse in relazione la dilatazione cervicale con la durata del travaglio. A seguito di uno studio su un gran numero di donne statunitensi, nel 1954 egli descrisse un modello fisiologico di dilatazione cervicale che si compone di due fasi: la prima, *fase latente*, comprende una dilatazione da 0 a 3 cm e si estende circa per 8-10 ore e la seconda, *fase attiva*, comprende una dilatazione dai 3 ai 10 cm. Successivamente, diversi ricercatori approfondirono gli studi di Friedman con il fine di perfezionare il grafico cervimetrico, tra cui Philpott e Castle dell’università della Rhodesia che nel 1972 aggiunsero nel grafico di Friedman due linee limite tracciate

dai 3 ai 10 centimetri, da mettere in rapporto con la dilatazione cervicale della partoriente, che presero il nome di linee di attenzione e d'azione. La *linea d'attenzione* venne inserita per diagnosticare eventuali deviazioni temporali dalla normale dilatazione cervicale: se la curva di dilatazione cervicale si sposta a destra di essa la progressione della dilatazione è definita lenta, motivo per cui la donna va sottoposta a controlli maggiormente intensivi per valutare un eventuale intervento medico. Con lo scopo di limitare interventismi principalmente chirurgici e di favorire il parto naturale per via vaginale, a quattro ore dalla linea di attenzione è stata contrassegnata una *linea d'azione*, che ha lo scopo di definire un assetto temporale entro il quale poter verificare se la dilatazione cervicale abbia riacquisito un andamento nella norma o se sia necessario intervenire.

5.1.2 La compilazione del partogramma

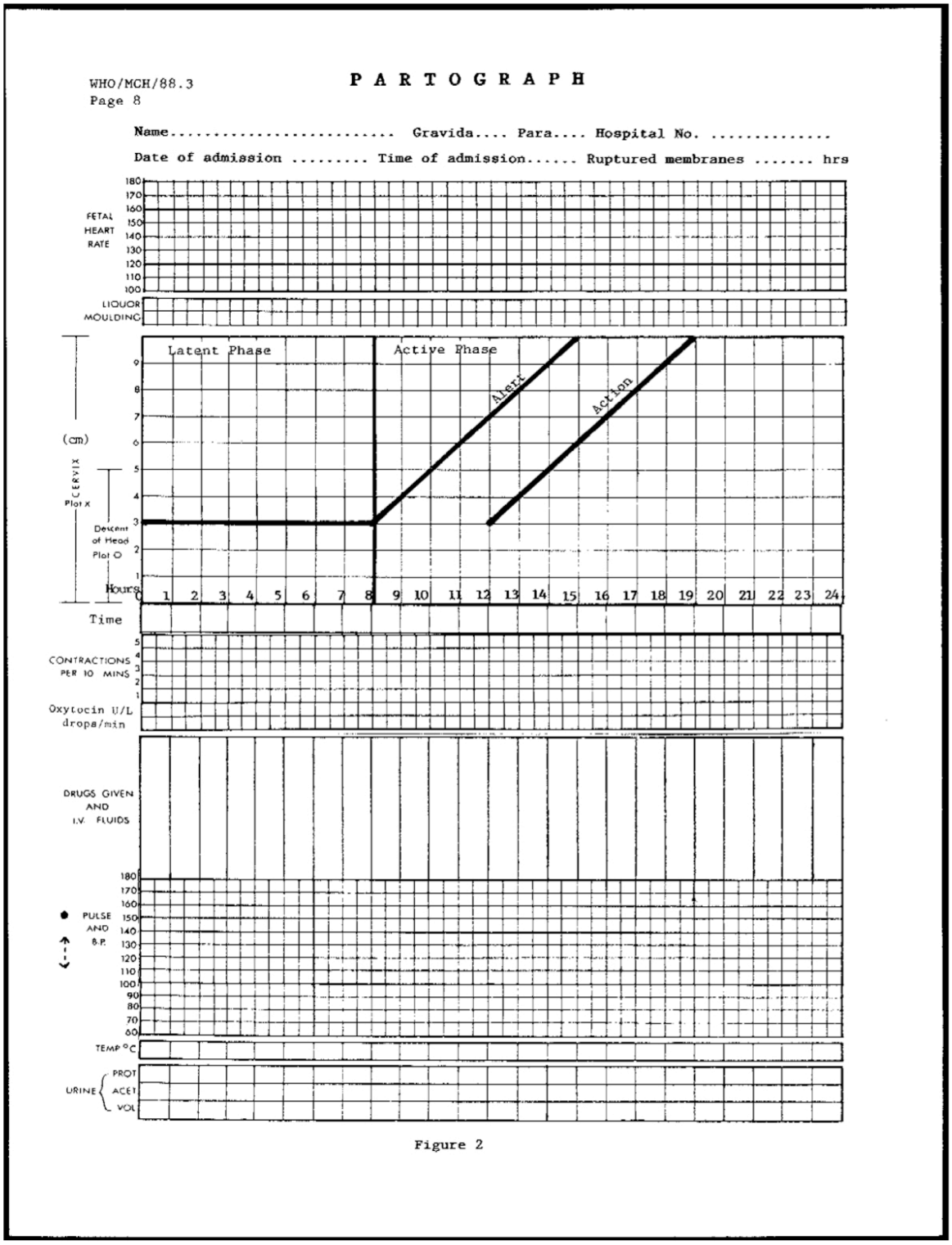

Fig. 1: partogramma elaborato dalla World Health Organization e utilizzato nell'ospedale di Tosamaganga. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1988/WHO_MCH_88.3.pdf)

Per utilizzare correttamente il partogramma occorre iniziare la compilazione non prima del raggiungimento dei quattro centimetri di dilatazione cervicale, e seguendo precise scadenze temporali. Qui di seguito i vari tipi di informazioni e i momenti in cui vanno raccolte:

INFORMAZIONI PERSONALI: rilevate nel momento in cui la paziente viene considerata in travaglio di parto.

BATTITO CARDIACO FETALE: deve essere rilevato almeno ogni 15 minuti, per un minuto e dopo la contrazione.

LIQUIDO AMNIOTICO: va valutato almeno ogni 4 ore in corrispondenza della visita ostetrica apportando nel grafico le seguenti iniziali:

I: membrane intatte

C: liquido chiaro

B: liquido ematico

M: liquido tinto di meconio, andando a specificare se si tratta di M1, M2 o M3

A: membrane rotte ma assenza di scolo di liquido amniotico.

MOULDING: deve essere valutato in corrispondenza di ogni visita ostetrica (almeno ogni 4 ore) apportando nella tabella i seguenti segni:

0: assenza di moulding

+: le bozze craniche sono adiacenti

++: le bozze craniche sono sovrapposte ma separabili effettuando una lieve pressione

+++: le bozze craniche sono sovrapposte e non separabili effettuando pressione dall'esterno. È questo il caso che si verifica nella sproporzione feto-pelvica.

DILATAZIONE CERVICALE: deve essere valutata almeno ogni 4 ore e deve essere segnata apportando una "x" sul grafico con l'ora della valutazione in corrispondenza dei centimetri di dilatazione. Se ci si trova in una condizione fisiologica la dilatazione seguirà la curva cervimetrica formulata da Friedman.

DISCESA DELLA PARTE PRESENTATA (PP): deve essere valutata almeno ogni 4 ore in corrispondenza della visita ostetrica e deve essere segnata sul grafico apportando un segno “ O” in corrispondenza di:

-4 se la PP è extrapelvica

-3 se la PP è mobile

-2/-1 se la PP è adagiata

0 se la PP è impegnata allo stretto superiore ed il punto di repere della PP è a livello delle spine ischiatiche

+1 se la PP è impegnata allo stretto medio

+2 se la PP è impegnata allo stretto inferiore.

CONTRAZIONI: è necessaria la valutazione di queste ogni 30 minuti considerando:

Durata delle contrazioni, andando a riempire le tabelle con:

puntini - se le contrazioni hanno durata inferiore a 20 secondi

linee - se le contrazioni hanno durata dai 20 ai 40 secondi

ombreggiatura totale - se le contrazioni hanno durata maggiore di 40 secondi.

Intensità delle contrazioni, andando a riempire con gli opportuni segni precedentemente riportati il numero di caselle corrispondente al numero di contrazioni presenti nei 10 minuti (da 0 a 5).

FREQUENZA CARDIACA MATERNA, valutata ogni 30 minuti per differenziarla dal battito cardiaco fetale.

PRESSIONE ARTERIOSA MATERNA, valutata ogni 4 ore.

TEMPERATURA MATERNA, valutata ogni 2/4 ore.

5.1.3 Il partogramma a Tosamaganga

Nell'ospedale di Tosamaganga è prevista la compilazione del partogramma, che è parte costituente della cartella clinica della paziente. Le infermiere sono state istruite su come compilarlo correttamente e il ginecologo si è specializzato con una tesi sul partogramma. Ed effettivamente, la percentuale di compilazione del partogramma è piuttosto elevata. Questi dati si riferiscono ad una ricerca condotta da due ostetriche, Nicole Porro e Alessia Turini, che hanno analizzato le cartelle cliniche delle donne che hanno partorito nell'ospedale di Tosamaganga nel periodo tra gennaio e aprile 2013.

	numero	%
Parti totali	500	100
Partogrammi compilati	346	69,20
Partogrammi non compilati	35	7,00
Partogrammi non terminati	80	16,00
Parti precipitosi riferiti	15	3,00
Parti precipitosi non riferiti	24	4,80

Tuttavia, i partogrammi nell'ospedale di Tosamaganga spesso vengono compilati non con le reali informazioni della singola paziente, raccolte in precisi intervalli temporali, ma post-partum e secondo il modello standard che dovrebbe seguire un parto senza alcuna compilazione. Questo dato fondamentale, che falserebbe qualsiasi studio statistico sugli andamenti dei parti, è apparso evidente frequentando la sala parto e potendo osservare la reale modalità di compilazione del partogramma. Durante il travaglio le infermiere raccolgono alcune informazioni sulle condizioni della madre e del feto ma in modo disordinato e casuale.

Personalmente non ho alcuna competenza ostetrica ma, frequentando la sala parto con Porro e Turini, queste mi hanno fornito utili indicazioni per poter comprendere le discrepanze tra la “teoria” e la “pratica” nel *modus operandi* delle infermiere. Ad esempio, hanno rilevato casi in cui le membrane venivano rotte

artificialmente senza alcuna necessità[21], o casi di donne portate in sala operatoria per il taglio cesareo quando il parto vaginale non era escludibile. Una volta eravamo presenti quando una donna è stata rimandata in sala parto dalla sala operatoria dal ginecologo perché partorisse naturalmente.

Tra le incoerenze che risultano osservando i partogrammi, spicca la valutazione Apgar del neonato, ideata dalla pediatra Virginia Apgar nel 1952. Si tratta di una valutazione delle funzioni vitali del neonato (frequenza cardiaca, respirazione, tono muscolare, riflessi, colore della pelle) prese a 1 e 5 minuti di vita, una sorta di "punteggio" dato al neonato. Ogni parametro viene valutato con un "voto" che va da 0 a 2 e viene sommato a quello degli altri parametri. Il punteggio totale massimo quindi è 10. Un neonato si considera in buona salute con un punteggio tra 7 e 10.

In base ai dati raccolti da Porro e Turini, un elevatissimo numero di neonati a Tosamaganga ha ottenuto un punteggio elevato.

APGAR SCORE	**1 MINUTO**	**5 MINUTI**
Absent	6	7
0	10	11
1-6	34	7
7-10	462	487

La cosa interessante è che, nella fascia di neonati che hanno ottenuto il massimo punteggio Apgar a uno e cinque minuti, vi siano tre neonati morti e quindici rianimati. In totale in quel periodo sono state 7 le morti perinatali e 23 i neonati rianimati.

Un discorso analogo richiede il peso del neonato: ci sarebbe una bilancia a disposizione ma raramente si utilizza, a Tosamaganga il peso è solitamente segnato a caso, e così vediamo come quasi tutti i neonati risultino avere un buon peso:

21 La rottura manuale delle membrane accelera il travaglio ma se eseguita troppo presto aumenta notevolmente il rischio di prolasso del funicolo, cioè la fuoriuscita del cordone ombelicale prima del bambino, con conseguenze potenzialmente molto dannose per il feto.

Grammi	Numero di neonati	Percentuale %
Absent	16	3,2
< 1000	4	0.8
1001 - 2500	19	3,8
2501 - 4000	447	89,4
> 4000	26	5,2

Quando chiedevo alle infermiere cosa fosse il partogramma, a cosa servisse e come andasse compilato, tutte mi sapevano rispondere. Tuttavia, al momento della compilazione a nessuna – tranne un'eccezione – interessava compilarlo correttamente. Non è l'unico caso in cui ho notato una discrepanza tra la teoria "nozionistica" e l'azione concreta; probabilmente il partogramma è uno strumento che è stato imposto senza che ne comprendessero appieno l'importanza e, pertanto, lo compilano in modo che risulti positivo, senza capire il valore di dati negativi.

5.1.4 Il parto per via vaginale a Tosamaganga

Nel periodo gennaio-aprile 2013 nell'ospedale di Tosamaganga vi sono stati 500 parti, di questi la maggior parte sono stati parti vaginali, ma vi è una percentuale rilevante di tagli cesarei. La mia osservazione diretta si limita alla sala parto.

Tipo di parto	Numero di casi	Percentuale %
Absent	5	1
Vaginale spontaneo	315	63
Indotto[22]	14	2,8
Pilotato[23]	4	0,8
Vacuum [24]	6	1,2
Taglio cesareo	156	31,2
TOTALE	**500**	**100**

22 Il parto indotto viene effettuato quando non inizia il travaglio e la gravidanza è a post-termine o c'è

Quando una donna sente che si approssima al parto, si presenta in sala parto e le infermiere la visitano per controllare come procede il travaglio. Capitano sia donne che arrivano completamente dilatate (e che praticamente partoriscono subito da sole), sia donne che invece non sono ancora dilatate a sufficienza. In quest'ultimo caso di solito le infermiere le accusano di essere pigre e dicono loro di andare a passeggiare un po' e tornare più tardi.

In sala parto la donna deve presentarsi con un telo di plastica, da appoggiare sopra il lettino, una serie di *kanga* pulite (le stoffe locali, di circa 1.5 x 1m) con cui coprirsi prima del parto e da utilizzare per avvolgere il neonato, e una bacinella in cui urina (quindi non vi è alcuna misurazione della quantità di urina) e in cui vengono messe le *kanga* via via che si sporcano. Dopo il parto spetta alla mamma della ragazza recuperare la bacinella, telo e stoffe e lavare il tutto. Viene inoltre raccomandato di portarsi del tè, e tutte le partorienti hanno grandi thermos di *chai*, il tè, che bevono molto zuccherato. Lo scopo del tè è evitare che si disidratino e fornire energia.

Se non avessi mai frequentato la sala parto mi sarebbero sfuggiti molti tasselli. Nella sala parto dell'ospedale di Tosamaganga le donne in travaglio non piangono, non urlano, si lamentano a bocca chiusa e il loro silenzio è coperto dalle chiacchiere delle infermiere. Il parto è un avvenimento normale, naturale, tutte ci sono passate e non ne va esagerata la portata psicologica. La donna deve essere forte, non dimostrare il dolore. Nelle conversazioni che ho avuto con varie donne tutte mi hanno detto che è molto doloroso, ma loro sono forti e non si sono mai lamentate. Solo le pazze si lamentano. Questo atteggiamento stoico di fronte al dolore mi ha molto colpita, fin da una delle mie prime visite in sala parto, quando ho visto una ragazza in perfetto, doloroso silenzio. Si trattava di una ragazza che doveva togliere i punti del cesareo o, meglio, il punto, avendo utilizzato un filo unico. Riporto dal mio diario di

---

sospetta sofferenza fetale. Consiste in stimolazione o rottura artificiale delle membrane o iniezione di ossitocina per indurre medicalmente le contrazioni.

23 Il parto pilotato avviene a travaglio già iniziato ma inefficace, per cui si somministra ossitocina per aumentare la forza contrattile dell'utero.

24 Il parto vacuum consiste nell'estrazione meccanica del feto mediante l'utilizzo di ventosa.

campo:

> Il problema è che a questa ragazza non si sfilava, le infermiere hanno chiamato il dottore e questi con il bisturi ha cercato di rimuoverlo, l'ha un po' scavata e un po' incisa per diversi minuti, senza anestesia. Quando ho visto il filo sottocutaneo in tensione a sollevarle il ventre ho smesso di guardare. Che impressione! E la ragazza non ha detto niente, non ha espresso un lamento. Ma neanche un mugolio, e deve aver provato parecchio dolore. Già sentire un filo che scorre attraverso la pelle non è piacevole, ma venire incisa senza anestesia credo sia un tormento. Mentre il medico lavorava non riuscivo a scorgerne il volto ma, appena se ne è andato, ho visto che il viso era visibilmente provato dal dolore, una maschera. Ma non piangeva e non c'erano segni di lacrime, solo gli occhi leggermente lucidi. E poi ha detto *asante* [grazie] all'infermiera che le ha messo il cerotto e *asante* a Nicole che l'ha aiutata ad alzarsi. Perché non esprimono il dolore? E perché hanno questo atteggiamento così remissivo? (Dal diario di campo, 11 aprile 2013)

La risposta a queste domande va cercata nei codici morali in uso nella società, in un contesto nel quale il silenzio di fronte al dolore e un atteggiamento remissivo sono ritenuti comportamenti etici, aderenti alla morale locale.

Però alcune rompono il silenzio, ho assistito al parto di una ragazza, lei era distesa nuda sul lettino con le gambe aperte, e tre ostetriche le erano intorno. Il feto non era sceso ancora abbastanza e le ostetriche, invece di aspettare una maggiore dilatazione, le hanno praticato un'episiotomia, quando la testa non era ancora incoronata (cioè non era visibile), e con un bisturi non molto affilato, facendole molti piccoli tagli invece di un unico taglio regolare. La ragazza ha cominciato a urlare, un po' per il dolore e un po' per la paura, immagino. L'episiotomia è un tipo di intervento piuttosto usato, consistente nel praticare un taglio nel perineo per evitare i danni maggiori che potrebbero essere causati da lacerazioni incontrollate. Il suo scopo è quello di allargare il canale per l'uscita del feto. Normalmente il taglio viene eseguito solamente quando la testa è incoronata e dunque, in questa posizione, preme i tessuti anestetizzando la zona. Quando ho chiesto al dottore informazioni sull'espisiotomia mi ha detto che è un intervento assolutamente non doloroso,

realizzato sempre in anestesia. A questa ragazza invece è stato eseguito prima del tempo, senza alcun tipo di anestesia, non in maniera netta e “pulita” (che è poi lo scopo per cui viene realizzato, evitare lacerazioni irregolari che possono essere più dannose e di difficile cicatrizzazione) e senza alcuna spiegazione e informazione.

Appena la ragazza ha iniziato a gridare, le infermiere l'hanno percossa sulle gambe, sulle braccia e sul petto, dandole sberle, per farla zittire.

Come ha detto Giorgia:

> Durante il parto sì non è che ci sia una gran assistenza. Intanto non è una cosa particolarmente approfondita, cioè la mamma a meno che non abbia dei problemi particolari quello che fa è partorire da sola...poi, nelle ultimissime fasi del parto, dopo la fase espulsiva, di solito l'infermiera c'è però il parto rimane comunque una cosa naturale che fa la mamma. Poi ci sono sì certi atteggiamenti che ti lasciano un po'...
>
> Le picchiano?
>
> Sì le picchiano, ma adesso dire le picchiano fa un po' impressione e potrebbe essere anche una nostra...un'esagerazione, un'interpretazione sbagliata però sì è capitato che per esortare la mamma a spingere di più, a respirare nel modo corretto i modi che usano non sono esattamente dolci, sì...

Quando ho chiesto a un'infermiera cosa fanno quando una ragazza si agita e comincia a urlare lei mi ha risposto che le spiegano cosa sta succedendo e cercano di tranquillizzarla.

5.1.5 I rischi medici del parto nell'ospedale di Tosamaganga

Secondo i dati raccolti da Porro e Turini, le cartelle cliniche esaminate indicano queste tipologie di fattori di rischio tra i parti che hanno avuto luogo in ospedale tra gennaio e aprile 2013:

Fattore di rischio	Numero di casi	Percentuale %
Absent	3	0,6
Nessuno	412	82,4
Precedente taglio cesareo	5	1
Patologia materna	4	0,8
Ipertensione	7	1,4
Diabete	1	0,2
Eclampsia	3	0,6
Infezione	3	0,6
HIV	53	10,6
Parto gemellare	9	1,8

Tra i fattori di rischio spicca l'HIV, seguito da parto gemellare e ipertensione. La percentuale di parti gemellari è piuttosto elevata nella zona, anche se può succedere che uno dei gemelli non sopravviva a lungo, soprattutto alla luce del fatto che è frequente che i gemelli nascano prematuri o comunque sottopeso. Una delle mamme con cui ho parlato aveva da poco partorito una coppia di gemelli prematuri ed entrambi erano sopravvissuti riuscendo a crescere e aumentare di peso, ma dopo pochi mesi la femmina (che era nata più piccola) si è ammalata gravemente ed è morta. In molte culture i gemelli sono visti con sospetto o timore reverenziale, non è così a Ipamba. Si tratta di un fenomeno piuttosto diffuso e non ha nessuna implicazione simbolica.

Per quanto riguarda l'HIV, nella zona è piuttosto diffuso, la percentuale di malati si aggira intorno al 40%. Tuttavia, essendo una malattia molto discriminante, spesso chi ha contratto il virus non lo ammette, per paura di essere allontanato o emarginato. Questo atteggiamento, in certe situazioni, porta a implicazioni molto gravi: nel periodo in cui ho frequentato l'ospedale, è venuta una giovane mamma sieropositiva che non aveva rivelato a nessuno di essere malata e il suo bambino, di circa un anno, era già molto grave, ed è morto dopo pochi giorni di ricovero. Se la mamma non avesse tenuto nascosta la malattia, durante la gravidanza avrebbe potuto assumere una terapia per evitare la trasmissione verticale del virus HIV. In Italia la prassi per le donne in gravidanza sieropositive è il taglio cesareo, il parto per via

vaginale è reputato troppo rischioso per il personale sanitario. A Tosamaganga invece una donna sieropositiva partorisce indifferentemente con taglio cesareo o per via vaginale.

Infine, un altro dato interessante da considerare, riguarda le partorienti aventi come fattore di rischio un precedente taglio cesareo. Il numero è molto basso, si tratta di solo cinque donne, ma, partendo dalla constatazione che in quattro mesi sono stati eseguiti 156 tagli cesarei (il 31,2% del totale), sembra improbabile che solo 5 tra le 500 donne che si sono presentate per partorire avessero già avuto un cesareo. Di fronte a questo dato contrastante possiamo ipotizzare una non accurata compilazione della cartella clinica – per cui non è stato indicato che la partoriente aveva già avuto un cesareo – imputabile a noncuranza o al fatto di non considerare un precedente cesareo come fattore di rischio.

Parlando dei rischi medici del parto per il bambino e la mamma con Giorgia, la neonatologa, questa mi ha detto che, secondo quanto ha potuto osservare,

> I rischi del bambino sono secondo me legati soprattutto al fatto che se il bambino malauguratamente sta male, non respira bene alla nascita, ha bisogno di rianimazione...insomma difficilmente riceverà una rianimazione pronta e fatta bene. Dipende anche dal caso, dal momento. Questi sono i problemi grossi che vedo. Altri problemi che non sono veri e propri problemi ma che sono caratteristici che io ho notato è che per esempio non viene rispettata quella raccomandazione che ormai è molto forte nella letteratura che è favorire il contatto precocissimo mamma-bambino anche dopo il parto naturale. Dopo il parto che va bene le linee guida dicono che tu dovresti dare il bambino alla mamma senza interferire nella gestione, il bambino deve stare con la mamma così si può attaccare al seno subito, sta al caldo, insomma si instaura subito una relazione. Qua questa cosa non viene fatta. Però è anche vero che io l'ho accettata come un aspetto comunque della tradizione del posto.
>
> Tu hai mai provato a suggerire questa pratica?
>
> Sì è capitato che magari il bambino che è stato separato dalla mamma piangeva e allora coglievo l'occasione per dire “datelo alla mamma”. Lo

facevano, non è che opponessero resistenza, però non è una cosa che loro fanno spontaneamente. Dovrebbe essere proprio dato alla mamma, prima di essere pulito...il neonato quello che non ha bisogno di rianimazione, respira e piange, non ci sarebbe neanche bisogno di pulirlo, semplicemente asciugarlo un attimo dai liquidi e dopo darlo alla mamma che lo tenga caldo. Questa cosa non si fa, qua. Sarebbe importante però sono anche quelle piccole cose che secondo me sono anche più difficili da cambiare...piuttosto che non so cose più grosse ed eclatanti.

E la mamma?

Mah, allora quello che so io è che comunque rischia...può rischiare infezioni e a volte capitano per esempio infezioni della ferita del cesareo, non che non capitino anche da noi ovviamente, però la percentuale è diversa. E sicuramente possono subire delle lacerazioni durante il parto. Poi dipende, ci sono anche mamme purtroppo che hanno problemi seri, come emorragie post partum. Io penso che le patologie del neonato e della mamma non siano poi così diverse, cioè sono le stesse, le stesse che rischiano le mamme anche da noi. Però ovviamente con una percentuale di probabilità maggiore perché c'è un sistema di prevenzione e di monitoraggio che è molto più scarso.

5.2 TRA LE DONNE

Parlando con donne, ragazze e anziane nel villaggio e in ospedale è emerso che il parto vaginale è considerato molto naturale, avere un figlio è un avvenimento quasi sempre molto positivo, tutte le mamme sono passate per il parto e non c'è niente di cui aver paura, non è considerato particolarmente pericoloso, sebbene vi siano comunque fattori di rischio, come un'eccessiva perdita di sangue.

Parlando invece del parto cesareo sono emersi risvolti più interessanti. Sebbene non sia universale, vi è la percezione che il taglio cesareo sia potenzialmente pericoloso, e, se possibile, bisognerebbe cercare di evitarlo.

5.2.1 500 mamme, tra gennaio e aprile

Uno dei principali problemi per una donna tanzaniana in gravidanza consiste nell'individuare e raggiungere una struttura adeguata dove partorire. Personalmente non ho conosciuto nessuna donna che avesse partorito a casa, dopo decenni di campagna a favore del parto assistito credo che sia diventata una pratica abbastanza diffusa quella di rivolgersi ad una struttura sanitaria piuttosto che ad una levatrice. Ciononostante, nel distretto di Iringa vi sono solo due ospedali (quello di Iringa e quello di Tosamaganga), una clinica privata ad Iringa e, nel territorio, sono sparsi dispensari e centri di salute. I dispensari e i centri di salute, se sono attrezzati per assistere il parto, spesso non hanno né il personale né gli strumenti necessari per gestire un parto con complicazioni. La donna in gravidanza solitamente si rivolge al dispensario o al centro di salute (*health centre*) più vicino e qui le viene consigliato, se sono previste complicazioni, di recarsi in ospedale. Il Cuamm da anni insite affinché le donne si rivolgano all'ospedale in ogni caso per il primo parto e per i parti successivi al quinto.

Il grande ostacolo è il tragitto. La donna deve riuscire ad organizzarsi per poter avere un mezzo di trasporto che la porti in ospedale, per questo motivo solitamente le donne vi arrivano quando manca ancora qualche settimana alla data presunta del parto, spesso abitano ad ore di viaggio dall'ospedale (magari si tratta di pochi chilometri ma, viste le condizioni delle strade e dei mezzi di trasporto, diventa un viaggio lunghissimo) e sarebbe impossibile, oltre che sconsigliato, arrivare in ospedale all'ultimo momento. I mezzi di trasporto a disposizione sono: le moto (che fungono anche da taxi), i taxi (è raro che nelle zone rurali qualcuno possegga una macchina per uso privato) e gli autobus, i *daladala*, cioè mini van adibiti ad autobus. Il viaggio nei *daladala* non è mai troppo comodo, sono sovraffollati (non c'è un orario di partenza, partono quando sono pieni) e vista la qualità delle strade ogni buca si traduce in un forte scossone, non proprio l'ideale per una donna in gravidanza, anche se riuscisse ad accaparrarsi un posto a sedere. Ci sarebbe anche l'ambulanza ma il costo del trasporto (cioè la benzina) è a carico del paziente, e non molti possono permetterselo. Jisella, una delle tante donne che vengono dalle zone rurali, ha 26

anni e, quando l'ho incontrata, era alla quinta gravidanza. Il secondo figlio l'ha partorito con taglio cesareo, gli altri per via vaginale. Quando si è rivolta al dispensario la suora che vi lavorava le ha detto che, avendo avuto un precedente cesareo, doveva recarsi in ospedale. Così Jisella ha percorso 40 km in moto per venire a Tosamaganga, e qui ha partorito per via vaginale.

Per quanto riguarda le 500 donne che hanno partorito a Tosamaganga tra gennaio e aprile, allego una tabella con i dati personali significativi per età, numero di gravidanze e provenienza.

Età	**Numero di casi**	**Percentuale %**
Absent	4	0,8
< 18	50	10
Da 19 a 25	239	47,8
Da 26 a 35	171	34,2
> 36	36	7,2

Gravida	**Numero di casi**	**Percentuale %**
Absent	30	6
Primigravida	205	45
Secondigravida	82	16,4
Terzigravida	63	12,6
Da 4 a 6	101	20,2
> 7	19	3,8

Para[25]	**Numero di casi**	**Percentuale %**
Absent	30	6
nullipara	225	45
primipara	78	15,6
secondipara	69	13,8
Da 3 a 5	86	17,2
> 6	12	2,4

25 Con questo termine si intendono i numeri di figli viventi, indipendentemente dal numero di

Villaggio	Numero di casi	Percentuale %
Absent	15	3
Tosamaganga + Ipamba	35	7
Altri villaggi	450	90

Volendo provare ad incrociare i dati delle partorienti considerate in base all'età, emergono risultati interessanti:

gravidanze.

Età	Numero di gravidanza		TC[26]	Fattore di rischio e TC		HIV		PV	Fattore di rischio e PV	
< 18	Ab.	2	12	No f. rischio	12	Ab.	6	38	Absent	1
(50)	1°	46	24%			No	43		No f. rischio	35
	2°	2				Si	1		Eclampsia	1
									HIV	1
19 - 25	Ab.	13	68	Absent	1	Ab.	30	167	Absent	4
(239)	1°	140	28%	No f. rischio	54	No	188		No f. rischio	149
	2°	51		Pre TC	1					
	3°	23		Pat. materna	1	Si	21		Infezione	1
	4°- 6°	12		Ipertensione	3				HIV	14
				Eclampsia	1					
				HIV	6				Gemellare	3
				Gemellare	1					
26 - 35	Ab.	11	62	No f. rischio	47	Ab.	18	109	No f. rischio	84
(171)	1°	19	36%	Pre TC	3				Pre TC	1
	2°	28		Pat. materna	1	No	129		Pat. materna	2
	3°	39		Eclampsia	1				Ipertensione	3
	4°- 6°	68		Infezione	1	Si	24		HIV	15
	> 7°	6		HIV	8				Gemellare	4
				Gemellare	1					
> 36	Ab.	0	12	No f. rischio	8	Ab.	6	24	No f. rischio	17
(36)	3°	3	33%	Ipertensione	1	No	22			
	4°- 6°	19		Diabete	1	Si	8		HIV	6
	>7°	13		HIV	2					

Come si può osservare dai dati raccolti, su 156 tagli cesarei 121 sono stati eseguiti senza che sulla cartella clinica fosse stato indicato alcun fattore di rischio

26 *TC* = taglio cesareo. *PV* = parto vaginale. *Pre TC* = precedente taglio cesareo. *Pat. Materna* = patologia materna. *No f. rischio* = no fattori di rischio. *Absent (Ab.)* = dato non inserito nel partogramma. *Fattore di rischio e TC* = i fattori di rischio indicati per le donne che hanno poi avuto un taglio cesareo. *Fattore di rischio e PV* = i fattori di rischio indicati per le donne che hanno poi partorito per via vaginale.

particolare. E 12 ragazze di età inferiore ai 18 anni su 50 hanno partorito mediante taglio cesareo, senza ragioni specificate. Come si vedrà più avanti, le donne preferiscono nettamente partorire in modo naturale, e vi è una serie di motivazioni per cui si cerca di evitare il taglio cesareo. Nel periodo gennaio-aprile 2013 il tasso di tagli cesarei è stato del 31,2%, cioè circa una donna su tre. In tabella la percentuale del tasso di cesarei a Tosamaganga tra il 2009 e il 2012. Nel 2012 sono stati eseguiti 609 cesarei.

2009	2010	2011	2012
23,5%	35,2%	28,1%	28%

Un ginecologo italiano che ha fatto un'esperienza di lavoro nell'ospedale di Tosamaganga mi ha raccontato che nel periodo in cui era stato lì aveva dato precise disposizioni per essere chiamato ogni volta che le infermiere decidevano di far partorire una donna con taglio cesareo, e il numero di cesarei si era notevolmente ridotto. Parlando con le infermiere mi hanno spiegato quali sono le ragioni per cui si propone un taglio cesareo, tuttavia di fatto c'è un tasso abbastanza elevato e, come si è visto, spesso immotivato.

Per quanto riguarda l'HIV, emerge come non venga considerato come fattore di rischio per le operatrici, per cui si sceglie il taglio cesareo (a differenza di quanto avviene in Italia). Nel complesso, sono più numerose le donne sieropositive che hanno partorito per via vaginale che con taglio cesareo.

Come si è già sottolineato, risultano solo 5 donne con precedente taglio cesareo, e di queste 4 hanno avuto un altro taglio cesareo. Quella che invece ha partorito per via vaginale è una donna sieropositiva alla quarta gravidanza. Ha partorito una bambina, che ha ricevuto il massimo punteggio Apgar, e che risulta non essere sottopeso. Anche se come si è visto questi dati non sono molto significativi.

Infine, è interessante sottolineare come il 43% delle donne di età superiore ai 26 anni fossero almeno alla quarta gravidanza (il 40% è alla quarta, quinta o sesta gravidanza, il 3% oltre la settima), e questa percentuale sale all'89% tra le donne di età superiore ai 36 anni (il 53% è tra la quarta e la sesta gravidanza, il 36% alla settima gravidanza o oltre).

Delle donne di Ipamba che hanno partorito in questo periodo, 4 su 35 (11%) erano tra la quarta e la sesta gravidanza. Delle donne provenienti dalle zone rurali 92 su 450 (20,4%) erano tra la quarta e la sesta gravidanza, 18 (4%) alla settima o oltre. Il campione di dati è ristretto, un'analisi su un periodo di 4 mesi non è molto attendibile, ma emergono comunque dati significativi e, forse ancora più interessante, è analizzare il modo in cui sono stati inseriti i dati nelle cartelle, come vengono compilate e cosa viene trascurato.

Per quanto riguarda la mortalità materna, la percentuale di morti per causa ostetrica diretta nel 2012 è stata 1,9% (fonte: Medici con l'Africa Cuamm), secondo l'OMS una percentuale inferiore a 1% è indice di buona assistenza alle complicazioni ostetriche. In generale in Tanzania nel 2012 la mortalità materna è stata di 460 donne su 100.000 nati vivi (fonte: WHO).

5.2.2 Mama Jackie, una ragazza

Mama Jackie, una ragazza di ventidue anni che, quando ho conosciuto aspettava la seconda figlia, ha partorito la prima figlia mediante parto cesareo e anche per questa seconda bimba le avevano già detto che avrebbe avuto un taglio cesareo. Il suo primo parto è stato un cesareo perché la gravidanza era a post termine, cioè aveva già abbondantemente superato la data presunta del parto senza iniziare il travaglio, il secondo cesareo era invece motivato dalla posizione sbagliata della bambina (podalica).

Mama Jackie ha lasciato la scuola ed è andata a vivere con un ragazzo, senza sposarsi, a Dar-es-Salaam, città costiera molto grande e importante, a 500 km circa dal villaggio di Ipamba. In occasione della nascita della prima figlia è tornata al villaggio d'origine per avere l'appoggio della mamma. Non è l'unica ragazza che ha percorso molti chilometri per tornare a casa a partorire, in base alle esperienze delle persone con cui ho parlato sembra essere piuttosto frequente. In seguito è tornata con la bambina a Dar-es-Salaam e, dopo poco, ha iniziato una seconda gravidanza.

Nel frattempo la storia con il suo compagno è terminata, lei si è trovata in gravi difficoltà economiche e i genitori le hanno mandato dei soldi per poter pagare il biglietto dell'autobus e tornare a casa. I suoi genitori tuttavia non erano per nulla

contenti di questa seconda gravidanza, non per questioni economiche ma perché troppo vicino alla prima: tra le due sorelle infatti c'è circa solo un anno e mezzo di differenza, distanza considerata pericolosa, come si è visto, per il primo figlio, se ancora allattato al seno.

Ho avuto modo di frequentare mama Jackie prima e dopo il parto, l'ho accompagnata in ospedale la sera prima dell'operazione, ha passato la notte nella stanza dove sono ricoverate le donne che presentano qualche complicazione. Prima di partire da casa mama Jackie ha voluto lavarsi con acqua calda, si è preparata accuratamente e con sua madre siamo andate in ospedale. La stanza delle ricoverate con complicazioni è spesso sovraffollata, mama Jackie la notte prima di partorire ha condiviso un materasso per terra con un'altra partoriente. Non sono passata spesso per questa stanza, ma di giorno di solito si respirava un'atmosfera un po' cupa, a parte il fatto che era quasi sempre semi vuota, le sue occupanti spesso lasciavano il letto. Quella sera invece c'era più allegria, un po' forzata a volte, ma il clima era vivace. Dopo aver accompagnato la figlia in ospedale, Rosi, la mamma di mama Jackie è tornata a casa per prepararle la cena e portargliela: *ugali* e *mchicha*, polenta e verdura cotta.

La mattina dopo Rosi con tre amiche ha atteso la figlia seduta in una panca fuori della sala operatoria. L'operazione è durata quasi tre ore, e per tutto il tempo queste donne hanno aspettato pazientemente, ogni tanto si scambiavano qualche pettegolezzo, interrompendo il silenzio. Spesso passando davanti alla sala operatoria vedevo una donna seduta ad aspettare, la mamma della partoriente. Nel caso di mama Jackie c'erano anche delle amiche, lei non viene da lontano, abita nel villaggio.

Quando è uscita in barella l'hanno scortata fino alla stanza delle cesareizzate, hanno sollevato il lenzuolo sotto di lei per trasferirla nel letto assegnatole e la mamma si è preoccupata di metterla comoda sotto le coperte senza scoprire il corpo nudo della figlia. La bambina, Paolina, le è stata adagiata accanto, tutta avvolta in *kanga*, stretta in una coperta rosa e con un cappellino dello stesso colore in testa. Questo è l'abbigliamento tipico di un neonato, le mamme sono sempre molto preoccupate che il loro figlio abbia freddo e coperte e cappellini abbinati al sesso del neonato sono oggetto di un business molto florido, all'interno dell'ospedale.

Teoricamente mama Jackie sarebbe dovuta restare lì per dieci giorni, ma di fatto il giorno dopo è tornata a casa, dicendo che sapeva già come badare a un bambino.

Parlando dei rischi del parto mi ha detto che non sapeva se il parto normale fosse pericoloso, perché non l'aveva mai provato. Le ho chiesto – tramite il mio interprete – se prima di partorire la prima volta era spaventata ma non lo era:

> She wasn't afraid because she was in a pain of getting baby so she wasn't afraid, she was thinking it was better to get the operation because she was pain in getting baby and she wasn't afraid because there was *ganza*..*sindano ya ganza*..[anestesia, iniezione di anestesia] she wasn't feel the pain..that's why she wasn't afraid.[27]

Nonostante le numerose conversazioni con lei non ha mai detto nulla che potesse legare queste complicazioni alla gelosia di qualcuno o alla stregoneria, ma a domanda diretta ha anche sostenuto di non sapere assolutamente nulla sulla stregoneria, il che è altamente improbabile.

5.2.3 Mama Caterina, un'anziana del villaggio

Mama Caterina è una signora di circa settant'anni (non sa con precisione quando è nata),con undici figli, di cui dieci ancora in vita, e numerosi nipoti. Con lei ho avuto frequenti conversazioni, era sempre molto disponibile a rispondere alle mie domande. Di solito le nostre conversazioni si svolgevano nel cortile della sua casa, appena mi vedeva arrivare mi offriva lo sgabello più comodo, spesso quello su cui era seduta lei stessa, e lo collocava all'ombra di un albero, nonostante le mie proteste su come non fosse necessario. In genere c'erano sempre due o tre figlie intorno, intente a cucinare, realizzare centritavola con la macchina da cucire o sgranare le pannocchie di mais. A volte prendevo anch'io qualche pannocchia, e lei protestava dicendo che non avevo le mani adatte, le mie erano troppo delicate, ed era un lavoro duro. Ma di fronte alla mia insistenza allora ordinava a un nipote, un

27 Trascrizione letterale delle parole del mio interprete.

ragazzino di cinque anni, figlio di una figlia e orfano di padre, di passarmi le pannocchie con i chicchi più separati o già mezzo sgranate.

Mi ha raccontato che è venuta ad abitare a Ipamba quando ancora stavano costruendo l'ospedale di Tosamaganga. Suo marito è una sorta di catechista e la Chiesa Cattolica l'aveva mandato in questo villaggio per creare una comunità di fedeli. All'inizio c'erano solo quattro o cinque case poi, da quando l'ospedale è stato ultimato, il villaggio ha conosciuto una notevole crescita demografica, molti sono venuti a cercare lavoro.

Parlando del parto mi ha detto che secondo lei quando non c'era l'ospedale era molto meglio, veniva una levatrice ad aiutare le partorienti e non c'erano tutte queste complicazioni e rischi, era molto raro che una mamma o il bambino morissero e non esisteva il cesareo, perché le ragazze non avevano il primo figlio così giovani.

Lei e altre anziane con cui ho parlato sono state le uniche a dirmi che preferirebbero si tornasse a partorire in casa, in quanto lo trovano più sicuro. Le ragazze e le donne più giovani – che hanno pochi o nessun ricordo del periodo pre ospedalizzazione – invece ritengono che partorire in ospedale sia meglio, «*better*» e «*safe*».

Quando ho domandato in giro se ci fosse nel villaggio qualcuna che avesse scelto di partorire in casa invece che in ospedale mi è stato riferito il caso di L., tuttavia mi hanno chiesto di non contattarla – aveva partorito in casa perché non voleva un altro figlio e subito dopo il parto ha ucciso il bambino – e io ho rispettato la richiesta.

5.2.4 Le donne del wanyafilo

Il caso di mama Jackie, che dice di non temere il cesareo, è stato eccezionale, nelle mie conversazioni con donne di diverse età ho riscontrato che tendenzialmente tutte preferiscono il parto vaginale e temono il taglio cesareo per vari motivi, che mi sono stati condensati e riassunti dalle donne del *wanyafilo*. Riporto di seguito una conversazione avuta con loro e con l'infermiera Rosa come interprete e intermediaria. Quel giorno erano presenti ventitré donne, tra i diciassette e i trentanove anni, nove alla prima gravidanza, due alla seconda, due alla terza, quattro

alla quarta, quattro alla quinta e due alla settima.

IO - Why they want avoid the cesarean section?

R. - So there is an other..they're fearing because they think if they are getting cesarean section maybe due to wizard..yeah! Maybe due to wizard they're going to close you're way now you can't bear normal. So that drug is to avoid problem and to open the way. Kitu kingine? [altre cose?] ..wizard, yesterday we talked about wizard..people they're believing much in wizard..they have the power to destroy them.

IO - Do they think that cesarean section is dangerous?

R. - Yeah..they're believing so, cesarian it's a think dangerous to avoid. So, their believes are first of all they're thinking cesarean section it is wonderful because of the announcement of God saying that you will bear yourself by contraction now is wonderful to get cesarean section. So it will woman to bear themselves, they don't like to get cesarean section. Even God announced so..he said you'll bear by yourself by contraction but not operation. So they're fearing..they're asking why get cesarean section? If is God's will you'll bearing nice, now you can tell why it's going to believe on wizard..kingine? [Altro?]

An other thing which they fear if they're going to get operation they know the difference to bear on normal: they are going to start even to work early..but if you're going to get cesarean section is going to weaken you, you can't work properly..they're weakening you, your body. So you can't work early. Kingine? [Altro?]

An other tings which they fear (risata)..you know, some husbands like have many children so if they see you getting the cesarean section they know you'll get few children so they don't like to marry if one is getting cesarean section so better leave, because you're getting few children, there is limit. Maybe you can get cesarean section for all, why you can't get children, many children..it is due to number of children so some man they don't like.

IO - So are they going to divorce from you?

R. - Yeah!

IO - Are there also other reasons?

R. - Kwa sababu kingine? [altre motivazioni?]

An other problem we are thinking about death, you can die while you're giving birth, after operation. So this is their believes so they're fearing very much cesarean section this is a reason they don't like it.

IO - But the doctor explain why they have to have operation or not?

R. - Even us we're trying to explain to them..they're not just operating, there's some reason.

IO - Yes and so if doctor explain is better or not?

R. - It's better to explain, to say why they're going to operate you..you know..this things even I I'm true, because even they are just waiting here to get labour, they're going to stay..they don't like to go to report early, they're fearing about cesarean section..if you're feeling pain is better be patient, wait, when you're going to report soon they are going to operate you. They're fearing.

IO - If you report soon that you have labour pain?

R. - Yeah, I've started labour now, they fear that's not better to report there. They fear about cesarean section..now they will go to operate..

IO - But..is this true, that..?

R. - Nooo, just they are fearing. We are trying an other to hide themselves if they have already contractions, lot of..those who was not reporting, they're

fearing if I'm going to report early, I'll get a cesarean section.»

5.2.5 Perché si cerca di evitare il taglio cesareo

Da questa conversazione emergono diversi nuclei, innanzitutto la questione della stregoneria. L'idea è che uno stregone agisca in modo da bloccare la via da cui dovrebbe nascere il bambino, per cui sono costretti a ricorrere al taglio cesareo.

Poi vi è una motivazione religiosa (a livello locale la maggior parte della popolazione è cristiana cattolica, sebbene vi siano anche anglicani e musulmani):

> Alla donna disse: «Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai figli. Verso tuo maritò sarà il tuo istinto, ma egli ti dominerà.» (Genesi 3,16 ed. C.E.I.)

O, come mi ha spiegato l'infermiera Rosa, «*he said you'll bear by yourself by contraction but not operation*». Quindi, se nella Bibbia non si parla di taglio cesareo perché venire operate? Potrebbe essere dovuto alla stregoneria.

Un'ulteriore motivazione per cui è preferibile il parto vaginale è il problema del lavoro: dopo il taglio cesareo le donne non riescono a riprendere immediatamente a lavorare. La politica dell'ospedale di Tosamaganga è un ricovero di 24 ore per le donne che hanno partorito mediante parto vaginale, e di 10 giorni, di cui i primi due allettate, per quelle che hanno avuto un taglio cesareo. A una donna essere sottratta ai suoi compiti domestici per così tanto tempo può creare delle complicazioni. Infatti non è insolito che alcune se ne vadano prima dello scadere del ricovero, e questo accade anche quando è il bambino a necessitare cure mediche. Per come è organizzato l'ospedale, il neonato non ha una cartella personale, le notizie sulla sua salute si riducono a un foglio inserito nella cartella della madre e le madri spesso hanno altri figli che le aspettano a casa, oppure – dato che l'ospedale non offre un servizio mensa – possono essere in difficoltà a procurarsi il cibo e preferiscono (o sono costrette) quindi tornare a casa.

Io non ho approfondito in maniera particolare la divisione dei lavori ma ho potuto

osservare che, nel villaggio di Ipamba, spesso gli uomini (se non hanno un lavoro regolare) sono sfaccendati, riuniti in gruppetti a bere o conversare. Le donne invece, oltre ad un'attività di business o un lavoro salariato, si occupano della gestione domestica in ogni suo aspetto, dalle pulizie, al bucato (solitamente il sabato) alla raccolta della legna, all'acquisto e alla cottura dei cibi, almeno finché non hanno figli abbastanza grandi da poterle aiutare. Inoltre, quasi tutte le famiglie hanno un appezzamento di terra in cui coltivano principalmente mais, dai cui chicchi essiccati e macinati ricavano la farina per l'*ugali*, alimento basilare della dieta locale. Alle attività di coltivazione si dedicano tutti i membri della famiglia, allo sgranamento delle pannocchie tendenzialmente solo donne e bambini. Le donne quindi svolgono un ruolo di primaria importanza nell'economia domestica, e un'impossibilità a lavorare può creare grosse difficoltà.

Altro elemento che le donne del *wanyfilo* hanno richiamato, tra le risate un po' imbarazzate, è il fatto che spesso i mariti non sono contenti che la loro moglie partorisca mediante taglio cesareo. Sanno che una donna non può avere tanti cesarei (il numero massimo è due o tre) e, desiderando una prole numerosa, a volte decidono di divorziare da una donna già cesarizzata più di una volta.

Nel villaggio di Ipamba sono soprattutto le donne anziane ad avere un numero molto elevato di figli (ad esempio, mama Caterina ne ha undici), mentre le donne della generazione successiva tendenzialmente hanno da tre a cinque figli. Tuttavia, spostandosi nei villaggi più lontani dalla città, si nota come anche le donne di mezza età tendano ancora ad avere molti figli.

Un giorno ero presente mentre l'*assistant medical officer* visitava una donna in gravidanza (la visita consisteva in quel caso nel medico seduto ad una scrivania, la paziente accanto a lui, e lui che le rivolgeva una serie di domande per compilare la cartella della donna). Mi ha chiesto cosa si poteva fare, questa donna era alla nona gravidanza. La donna non osava nemmeno alzare gli occhi dal bordo della scrivania. Io ho domandato se non usasse metodi contraccettivi e il medico mi ha detto che il problema era proprio questo, il marito voleva avere tanti figli. Ho allora chiesto se anche lei voleva avere tanti figli ma a quanto pare il medico non le aveva ancora rivolto questa domanda. La risposta è stata comunque no, la donna non avrebbe voluto un altro figlio ma non era riuscita ad imporsi sul marito.

La questione dei metodi contraccettivi è piuttosto controversa. L'ospedale di Tosamaganga è diocesano, per cui l'infermiera Rosa mi ha spiegato che loro non possono prescrivere contraccettivi (si usa molto un'iniezione ormonale). Quindi, quando le donne si rivolgono alla RCH per questioni di *family planning* e vogliono un contraccettivo, viene loro consigliato di rivolgersi altrove, ad esempio nell'ospedale statale di Iringa (la città a 15 km dal villaggio di Ipamba e dall'ospedale di Tosamaganga). E analogamente per coloro, soprattutto studentesse alla prima gravidanza, che vorrebbero abortire.

Tuttavia molte donne rifiutano di utilizzare i contraccettivi ormonali, preoccupate per gli effetti collaterali sulla loro salute e fertilità, e comunque non sempre hanno il diritto di scegliere di non avere altre gravidanze. Il contraccettivo può essere percepito come una perdita di potere e controllo da parte dell'uomo sulla sessualità femminile. L'autorità e l'autonomia decisionale della donna è spesso molto limitata, soprattutto nelle zone rurali, in Tanzania come in altri paesi africani, come ha messo in evidenza Holten (2013). Ciò che a volte accade, quando una donna si trova ad aspettare un figlio senza volerlo, sono pratiche di aborto non assistito che spesso hanno risvolti molto pericolosi per la donna.

Infine, un altro fattore per cui è preferibile evitare il taglio cesareo, è il fatto che la donna può morire durante o dopo l'operazione. E questa è l'ultima delle motivazioni che è emersa. Altre donne con cui ho parlato dei motivi per cui il taglio cesareo può essere pericoloso mi hanno accennato a possibili black-out elettrici durante l'operazione, o del fatto che il dottore sia lontano e non venga in tempo per operare. Una donna mi ha detto che il cesareo è pericoloso per le donne grasse (lei era è piuttosto voluminosa), ma non ha saputo spiegarmi perché. L'incompetenza medica o possibili infezioni o emorragie non sono considerati fattori di rischio.

5.2.6 Le motivazioni per il taglio cesareo

Chiedendo invece – sempre alle donne del *wanyafilo* – le cause per cui si debba ricorrere al taglio cesareo le risposte sono piuttosto “mediche” e legate al corpo:

R. - An other thing, position of the baby, abnormal position kingine [altro]
an other thing is when maybe the position of the baby can be normal now the cervix was not we're calling entropic cervix. That's why they're doing surgical suture..and big baby.

IO - and it could be that if a girl is too young, she's not wide enough? [informazione che mi era stata data parlando con le donne del villaggio]

R. - Let me share, also this is could be a reason, under twenty years they're still young, not mature, under twenty years, the reason to get a cesarian section
kingine [altro]..yes, if the pregnant is very young
kingine [altro]..an other thing the rupture of membrane

IO - What about sorcery? Why a sorcerer wants you to have a cesarian section?

R. - Now. They're feeling just jealous, you are going to have children? Why? They don't like..so due to jealousy so the aim of doing so, they want, they aim to kill me in order to continue to survive.

IO – Ah..do they want to kill you or the baby?

R. - Yeah.

IO - But do they want to kill you or the baby?

R. - All. That's why they're closing because you remember? So you will die with you baby. Just jealous.

Si sono riferite alla posizione sbagliata del feto (ad esempio podalico), cervice entropica (quindi non nella corretta posizione), bambino troppo grande, in relazione anche con il corpo non ancora maturo di una ragazza troppo giovane e, quando ho chiesto se potesse essere anche azione di uno stregone mi hanno detto che è

possibile, gli stregoni possono essere gelosi nei confronti di una donna in gravidanza e voler uccidere la donna e il suo bambino.

Anche parlandone con le donne del villaggio gli elementi emersi sono: bambino troppo grande, madre troppo giovane (quindi con il corpo non ancora pronto a partorire), bambino nella posizione sbagliata (podalico) e la possibile gelosia di qualcuno.

6 MORTALITA' INFANTILE

	2009	2010	2011	2012
Tosamaganga	12,55	11,2	9,9	18

Questa tabella indica il numero di neonati nati morti ogni 1000 nati vivi nell'ospedale di Tosamaganga tra il 2009 e il 2012 (il dato è da interpretarsi in riferimento alla qualità del servizio ostetrico[28]) mentre, in generale, in Tanzania la mortalità infantile sotto l'anno è di 68 morti ogni 1000 nati vivi (fonte: WHO), in Italia è 3,36 (fonte: Index Mundi). Il tasso di mortalità dei bambini sotto i cinque anni invece è di 76 su 1000 nati vivi (fonte: UNDP).

Frequentando l'ospedale di Tosamaganga mi è capitato di incrociare neonati che dopo pochi giorni sono morti, e parlando con le donne del villaggio non è raro che annoverino almeno un figlio morto. Tra i 500 parti che hanno avuto luogo tra gennaio e aprile 2013 vi sono state 7 morti neonatali e 23 neonati rianimati.

Il Cuamm ha avviato nel 2012 a Tosamaganga (e in altri tre ospedali africani) il progetto *Prima le mamme e i bambini*, al fine di raggiungere gli obiettivi quattro e cinque dei Millennium Development Goals per il 2015: ridurre la mortalità infantile e migliorare la salute materna. Nell'ottica di questo progetto si inserisce, ad esempio, l'abolizione del ticket ospedaliero per gravidanza, parto e le cure mediche dei bambini inferiori ai cinque anni d'età.

In questo capitolo intendo quindi cercare di trattare la questione della mortalità infantile considerando due dimensioni dello stesso problema: il contesto “reale” e la vulnerabilità della popolazione al rischio fisico. Come scrive Holten:

> High child mortality is found at the intersection of socio-cultural and economic processes, on the one hand, and physical exposure to health risks on the other. The concept of a vulnerability context captures this intersection. (Holten, 2013: 50)

28 Fonte: Cuamm, Annual Report 2012.

La vulnerabilità dipende da diversi fattori: il rischio di esposizione a situazioni di crisi, il rischio di non avere capacità adeguate per far fronte a queste situazioni e il rischio di conseguenze potenzialmente serie. (Holten 2013) La vulnerabilità è sempre legata ad un preciso contesto socio-culturale e alle percezioni locali e individuali di rischio.

6.1 Esposizione al rischio

Per quanto riguarda l'esposizione al rischio, circoscritta alle mamme e ai bambini nel villaggio di Ipamba e nell'ospedale limitrofo, all'interno di questa categoria vanno considerate le condizioni di vita – quindi il livello igienico, se è disponibile acqua pulita, se le persone vivono in grande prossimità con gli animali, se è presente una struttura sanitaria accessibile ed efficiente – e se vi sono fattori culturali che possono aumentare il livello di rischio. Particolare attenzione è dedicata all'ospedale, essendo la mia ricerca focalizzata sul parto.

Come già accennato in precedenza, nel villaggio è presente acqua pulita, anche se non all'interno delle case, ma le condizioni igieniche non sono ottimali. Le case delle famiglie più povere sono composte da due stanze, una che funge da salotto e sala da pranzo e una dove invece dorme tutta la famiglia. Secondo la disponibilità economica si possono aggiungere altre stanze da letto. Sono stanze molto piccole, occupate quasi esclusivamente dal letto. Ci sono state sistematiche campagne di sensibilizzazione sulla malaria e attualmente gran parte della popolazione dorme sotto una zanzariera. Nello specifico, nella zona il tasso di malaria è piuttosto basso, infatti il villaggio si trova a circa 1.500 metri slm e le zanzare portatrici di malaria solitamente non superano i 1.400 metri di altitudine.

Nel villaggio quasi tutte le case hanno il tetto in lamiera (simbolo di ricchezza), anche se in periferia sono frequenti i tetti in paglia. Questi tetti sono problematici, richiedono una certa manutenzione e se trascurati non sono impermeabili alla pioggia.

L'angolo cottura è sempre separato dal nucleo abitativo, si trova nel cortile, riparato da un tetto, o all'interno di una piccola stanza adibita a questo scopo. Sono

frequenti i nuclei abitativi che si sviluppano intorno al cortile centrale e riuniscono la stessa famiglia o più famiglie. In questo caso spesso nel cortile vi è un rubinetto allacciato alle tubature dell'acqua. Quasi sempre, sotto questi rubinetti, ho notato grandi secchi dove viene raccolta l'acqua di scolo (per esempio l'acqua che scorre mentre si sciacqua la tazza prima di bere) e che viene successivamente impiegata per altri scopi, come acqua di scarico del gabinetto (consistente in una turca in ceramica o qualcosa che vi somiglia in altro materiale, un wc con pozzo nero a pochi metri dalle abitazioni o all'interno del perimetro del cortile, che non rappresenta le condizioni igieniche ideali, in quanto facilmente vi si insediano parassiti e insetti) o altre funzioni simili. Viene comunque considerata acqua pulita, per cui spesso è utilizzata anche per scopi alimentari. Non vi sono mai residui di sapone, comunque; il metodo per lavare i piatti è piuttosto complicato, e prevede un continuo passaggio delle stoviglie in due o tre bacinelle mentre vengono strofinate con sabbia e (a volte) sapone. C'e una grande attenzione a minimizzare lo spreco d'acqua. Anche per il bucato si seguono procedure analoghe, anche se molte donne del villaggio il sabato (giorno settimanale di bucato) si recano al vicino fiume per lavare lì gli indumenti, che vengono poi stesi in cortile e, una volta asciutti, accuratamente stirati con ferri da stiro riscaldati con le braci o elettrici. La pratica dello stirare, che viene fatta per motivazioni estetiche, ricopre invece un ruolo piuttosto importante nell'uccidere larve di insetti che usano gli indumenti stesi per deporre le uova, larve che poi a contatto con il corpo penetrano sotto la pelle.

Per quanto riguarda l'igiene personale, dal punto di vista di un occidentale, ci sono vistose mancanze e curiose esagerazioni. In bagno (che è uno solo per cortile) non si utilizza carta igienica né nulla di analogo, è presente solo la turca e il secchio d'acqua (e confesso di non averne capito immediatamente la funzione) con una tazza all'interno. Quando andavo a trovare un amico e chiedevo di utilizzare il bagno lui si preoccupava di portarmi sempre un secchio d'acqua, “come usano le femmine”. Però si usa fare la doccia quotidianamente o anche più volte al giorno; a volte c'è una stanza dedicata alla doccia, col pavimento leggermente inclinato e un buco per lo scorrimento dell'acqua, oppure la si fa nella propria stanza da letto, avendo cura di non inondarla. Se si ha tempo e voglia si può scaldare l'acqua sul fuoco, altrimenti si utilizza l'acqua fredda. La doccia consiste nel rovesciarsi una secchiata d'acqua

addosso. Ogni tanto sono stata ospite in casa di amici e ho sperimentato il piacere di una corroborante doccia fresca mattutina. Spesso camminando per le vie del villaggio nelle ore centrali della giornata si possono vedere bambini insaponati in piedi dentro catini con le mamme che li sciacquano. In ogni casa poi si trovano diversi prodotti idratanti e profumanti e una grande cura è dedicata, curiosamente, all'igiene orale. Ovunque vendono spazzolino e dentifricio e quella del lavarsi i denti è un'attività presa molto sul serio.

Nei cortili di queste case si trovano frequentemente animali, dalle capre ai maiali, in attesa di essere macellati. Le galline spesso scorrazzano libere. Quando si essiccano i grani di mais per farne la farina, le galline ci camminano sopra e ne mangiano liberamente. Lo stesso se vi sono delle pentole o dei piatti in attesa di essere lavati, i rimasugli di cibo sono a disposizione di animali e insetti. La sera non si lavano mai le stoviglie (l'acqua è all'esterno delle case ma non all'interno, l'elettricità il contrario).

I bambini sono sempre per terra, tutti più o meno sporchi ma raramente un occhio occidentale li definirebbe veramente puliti. Ma quello che più mi ha stupito è la gestione dei rifiuti: non esistono cestini della spazzatura, alcune cose vengono bruciate ma la maggior parte semplicemente gettata per strada o dietro casa. Così le strade del villaggio sono letteralmente composte da terra e flaconi di plastica, scarti alimentari, sacchetti e ogni genere di rifiuto.

6.1.1 Attrezzature, medicinali, competenze

L'ospedale di Tosamaganga non ha l'attrezzatura, i farmaci e le competenze per gestire in maniera ottimale un neonato con problemi di salute. In base alla mia osservazione, ma soprattutto in base alle conversazioni che ho avuto con medici occidentali, studenti di medicina e ostetriche che sono transitati per l'ospedale o che sono ancora lì a lavorare, emerge come vi siano delle mancanze in questi tre ambiti, le attrezzature concrete, i medicinali disponibili e il *modus operandi* del personale. Questi tre problemi sono interconnessi tra loro: le attrezzature magari sono presenti, ma il personale non le sa utilizzare.

Per quanto riguarda le attrezzature, alcuni strumenti mancano, altri ci sono ma vengono utilizzati impropriamente o non vengono proprio utilizzati. Gli esempi sono molteplici, basti pensare alle incubatrici: ce ne sono diverse, tuttavia non si trovano nel reparto di maternità ma da tutt'altra parte e vengono usate come cassettiere per deporre le lenzuola. Quindi, se un bambino nasce prematuro, viene utilizzata una soluzione alternativa: non l'incubatrice ma la *kangaroo mother care*: alle donne che partoriscono un prematuro viene proposto di restare qualche settimana, o comunque il tempo necessario al bambino per essere fuori pericolo, nella *kangaroo mother room,* una piccola stanza con due letti, un po' più calda delle altre, ricavata in un angolo dello stanzone in cui riposano le donne che hanno partorito tramite parto vaginale. La mamma trascorre le sue giornate a letto, con il neonato adagiato sul petto, in modo da riscaldarlo con il suo calore, e le viene raccomandato di allattarlo ogni due ore. Questa soluzione sta dando risultati molto positivi, però non tutte le mamme accettano di fermarsi un lungo periodo in ospedale. Come ha scritto Giorgia su questa stanza:

> La mamma di solito sta lì sul letto col suo bimbo avvolto in almeno cinque strati di stoffa dai colori vivaci, se va bene di fianco a lei, più frequentemente ai piedi del letto. Nessuno entra mai a vedere come va. Per quanto ho visto finora, i prematuri non sono degni neanche di una visita, né medica né infermieristica. Si parla di loro, nella cartella della madre, solo per “certificarne” il decesso.
>
> Da nove giorni ne seguo uno. Se le date sono giuste, è nato a 26 settimane di gravidanza. Sono arrivata di lunedì mattina (26 dicembre 2012) e come sempre ho buttato l'occhio nella stanza, quando ci ha visto dentro una mamma ero quasi felice. Col mio poco swahili chiedo alla mamma «Quando è nato?», capisco un paio di giorni prima. Poi vedo lì vicino una cartella. La apro. Erano tre gemellini. Ne sono già morti due. Senza guardare in faccia la mamma mi metto ad aprire il fagotto. È vivo. Respira. Trovo il coraggio di guardare la mamma negli occhi, e le dico, forte del fatto che non possiamo comunicare veramente: «Proviamo». Temperatura, nutrizione, rischio di infezioni. Cerco di pensare a cosa farei in Italia, e ogni volta quello che mi viene in mente lo giudico non fattibile qui, almeno per adesso. Ogni possibile azione mi sembra più rischiosa che utile. […] Dopo qualche giorno trovo il coraggio di pesarlo. Decisione difficile, visto che voleva

dire staccarlo dalla mamma per qualche secondo e appoggiarlo su una bilancia fredda. Come dire tirarlo fuori dall'incubatrice. Il piccoletto pesa 800 grammi, ma anche lui ci sta provando. La fatica più grande è sapere quanto si farebbe in Italia e decidere di non farlo, perché non ci sono i mezzi o perché sarebbe peggio. Con il piccolo Petro ci vuole pazienza, tanta. Ma continua a vivere senza flebo, senza accessi venosi, senza alcun monitoraggio, tranne i miei occhi. Chiedo di parlare con il padre, che non si vede mai durante la degenza. Il giovedì che viene al colloquio scopro che per arrivare alle 13 in ospedale, è partito alle 4.30 del mattino in bicicletta. Gli prometto che suo figlio ce la farà e che li dimetterò quando peserà almeno 1,5 kg.

Il peso aumenta da quando integro il latte materno con il latte di formula in polvere (cioè diluendo la polvere nel latte materno, invece che in acqua). Finalmente il 28 febbraio 2013 arriva il grande giorno. Petro può tornare a casa. C'è aria di festa nella sua piccola stanza. Ha raggiunto oggi 1600 grammi. E succhia talmente forte che quando provo a dargli il mio dito, quasi me lo stacca. Il papà, mentre mi ringrazia, dice: «*Atakuwa daktari kama wewe* / diventerà dottore come te.» (G. Soldà, Èafrica 2013: 16-17)

Un altro esempio di uno strumento che ci sarebbe ma non viene utilizzato è quello dell'ecografo. Il SISM[29] nel 2012 ha raccolto dei fondi per regalare un ecografo all'ospedale, tuttavia non è stato praticamente mai utilizzato: mancano le competenze necessarie all'uso, competenze che non vengono normalmente insegnate nei percorsi che portano alle varie professioni mediche e sanitarie. Pertanto il SISM sta ora pensando di inviare qualcuno che possa insegnare ad utilizzare lo strumento ai medici locali, per non disperdere completamente l'investimento. Ma non sono solo gli strumenti “tecnologici” quelli che vengono accantonati o utilizzati male, emblematico il caso del partogramma, come si è visto precedentemente.

Per quanto riguarda i medicinali, il discorso è analogo. Non sono a disposizione tutti i medicinali di cui si avrebbe bisogno, e il personale cerca di arrangiarsi con

29 Segretariato Italiano Studenti di Medicina. Si tratta di un'organizzazione degli studenti di medicina che organizza e gestisce progetti di vario genere, come ad esempio inviare studenti in ospedali africani per un mese di tirocinio, appoggiandosi a ONG, come Medici con l'Africa Cuamm.

quello che c'è.

Non ho alcuna preparazione per giudicare le competenze ostetriche, posso solo riportare ciò che mi è stato riferito dai medici e dalle ostetriche italiane con cui ho parlare. Per diventare ostetriche in Tanzania occorre completare un percorso di due anni, durante il quale si studia teoria generale e si accumulano ore di tirocinio. A Tosamaganga c'è una scuola per infermiere, tuttavia – forse è un caso – le uniche infermiere che pare lavorino bene si sono diplomate in altre scuole.

A parte la durezza con cui trattano le partorienti, mi sono state riferite diverse stranezze, che sembrano indicare un fondamentale disinteresse per la salute delle loro pazienti. Un esempio lampante è il ruolo di Giorgia, la neonatologa inviata da Medici con l'Africa Cuamm. Nonostante le sue frequenti richieste di essere chiamata subito, a qualsiasi ora del giorno e della notte, in caso di parto difficile con probabile sofferenza fetale, il più delle volte non viene chiamata affatto o viene chiamata troppo tardi. Analogamente, le sue prescrizioni e indicazioni terapeutiche, soprattutto nel reparto di pediatria, vengono solitamente ignorate, a meno che non siano corroborate dalla caposala. O ancora, la semplice abitudine delle infermiere, man mano che Giorgia si appropriava dello swahili, di parlare sempre più veloce, in modo che fosse comunque esclusa dalla comunicazione.

Da queste problematiche ampie si passa ad atteggiamenti meno lampanti, della routine quotidiana, che non hanno nulla a che fare con figure esterne all'ospedale, ma sono di non poca importanza. Ad esempio, banalmente, le fialette di vetro dei medicinali vengono aperte rompendole contro un armadio metallico. Così facendo però dei micro frammenti di vetro possono cadere dentro la fialetta e venire iniettati direttamente in vena al neonato. Oppure, come evidenzia il rapporto del 2012 del Cuamm, l'uso dei guanti da parte del personale più con l'idea di proteggersi dal contrarre infezioni che per evitare la contaminazione tra pazienti. O, ancora, un giorno il medico ha incaricato le ostetriche italiane di compilare loro i moduli di dimissione, moduli che prevedono l'informarsi sullo stato di salute di madre e neonato, pur sapendo che loro non parlano swahili e le donne non parlano inglese.

Un altro fatto che probabilmente incide in qualche modo in questo atteggiamento è la posizione occupata dai medici (e le varie figure intermedie, non laureate) e dalle infermiere nella gerarchia dell'ospedale. L'idea alla base non è quella del medico

disponibile e pronto ad aiutare, è piuttosto quella del medico come figura autorevole a cui portare grande rispetto. Un chiaro esempio è il modo in cui viene fatto il giro in pediatria: non il medico, o l'infermiera, che passano di letto in letto, ma l'infermiera seduta e le mamme in fila che le portano il bambino malato; questa è una pratica piuttosto frequente negli ospedali africani, soprattutto per quanto riguarda il reparto di pediatria. Giorgia mi ha raccontato che quando ha provato a fare il giro come era abituata in Italia ha suscitato grande stupore e divertimento.

6.2 Far fronte al rischio

Di fronte a questa realtà, presentante diversi fattori di rischio concreti, cercherò di evidenziare quali possono essere gli aspetti socio-culturali che entrano in gioco, ad aumentare la vulnerabilità.

Innanzitutto va considerata la scolarizzazione e la possibilità di reperire informazioni sanitarie. Nell'area intorno al villaggio di Ipamba ci sono diverse strutture scolastiche, che coprono tutti i gradi di istruzione fino al termine della scuola secondaria. Il sistema scolastico è ricalcato su quello inglese e quasi tutte le famiglie di Ipamba mandano i loro figli e figlie a scuola (che non è gratuita), anche se vi sono delle eccezioni. Queste informazioni mi sono state fornite da Teresa, un'arzilla ottantasettenne che vive a Ipamba da trent'anni e si occupa della gestione della guest house del Cuamm. Molte famiglie si rivolgono a lei chiedendo un aiuto economico per mandare a scuola i loro figli, e Teresa ha organizzato diversi fondi e sistemi di sostegno per i bambini più in difficoltà (ad esempio ogni anno compra metri di stoffa blu e fa cucire a donne senza marito né lavoro decine di uniformi). L'impressione che ho avuto conversando con la gente è che siano soprattutto i genitori (che spesso hanno un livello scolastico basso) a comprendere l'importanza di una buona istruzione, piuttosto che i figli. Per esempio, quando una ragazza minorenne rimane incinta i suoi genitori si arrabbiano molto, ma non perché la ragazza non è sposata e dovranno mantenere loro il bambino, o per questioni religiose, ma perché dovrà lasciare la scuola.

E molte delle donne con cui ho parlato mi hanno detto che non vogliono (e in molti

casi non hanno) più di tre figli, perché altrimenti, come si fa a farli studiare? È questa la principale preoccupazione, molto più dei costi che possono essere l'alimentazione o il vestiario o le spese mediche.

Tuttavia, soprattutto le ragazze, non sono interessate a proseguire gli studi. Molti e molte, tra i giovani, mi hanno detto che di solito alle ragazze non importa lasciare la scuola, loro vogliono avere dei figli e creare una famiglia, inserendosi nel tessuto locale e nella vita del villaggio con una nuova autonomia. Quelle che terminano la scuola secondaria poi possono indirizzarsi verso un'università (ma è molto raro, se la famiglia non è agiata è molto più probabile che vi si mandi un fratello) o iscriversi a diversi corsi, da quello per infermiera a quello di cucito, passando per una scuola di cucina italiana gestita da una suora. Le informazioni mediche inerenti alla gravidanza e al parto a cui possono accedere sono soprattutto legate all'ospedale, all'RCH, in quanto con le madri non hanno questo tipo di conversazioni e, oltre ai guaritori (che si pagano) sono le anziane del villaggio a maneggiare e custodire la conoscenza della medicina locale. Da quando esiste questo servizio (nessuno mi ha saputo dire con esattezza quando è stata inaugurata la clinica, ma credo risalga ad almeno dieci anni fa) penso sia ragionevole supporre che la vulnerabilità di donne e ragazze sia molto diminuita.

Un altro fattore che mina la possibilità delle donne di gestire al meglio il rischio medico è l'autonomia di scelta nella contraccezione e nel numero di figli desiderati. Come già accennato, quella del numero di gravidanze è una decisione che, nonostante i recenti cambiamenti, spesso, soprattutto nelle zone più rurali, è ancora interamente nelle mani del marito. Nel villaggio di Ipamba vige un sistema patrilineare e virilocale. Non è necessario sposare una ragazza di un altro villaggio, mi hanno spesso ripetuto che quello che conta, e che gli anziani della famiglia considerano per dare il consenso al matrimonio è l'amore e il *feeling* di coppia, indipendentemente dalla provenienza. Tuttavia, dopo il matrimonio, la ragazza va a vivere nel villaggio del marito. Qui si trova lontana dalla sua famiglia e le decisioni sulla salute dei figli ricadono sul marito e sulla suocera, non ha una rete sociale sviluppata per poter imporre la propria opinione o richiedere aiuto. Se una donna partorisce un bambino che ha bisogno di essere trattenuto in ospedale perché malato o prematuro ma il marito la vuole a casa non ha molta scelta: senza soldi né

cibo deve per forza tornare a casa, con il suo bimbo di poco più di un chilo, avvolto in *kanga* e coperte, allacciato sulla schiena.

Holten parla di *capitale sociale*, richiamando P. Bourdieu, come

> the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationship of mutual acquaintance and recognition. (Bourdieu, *The forms of capital* cit. In Holten, 2013: 62)

L'autrice, sulla scorta di Bourdieu, distingue poi il capitale sociale dal capitale simbolico, inteso invece come riferito a

> resources available to an individual on the basis of honor, prestige or recognition, and functions as the embodiment of cultural values. (Holten, 2013: 62)

Per portare un bambino in ospedale, o comunque farlo curare, servono soldi; la povertà in questo contesto è un grande fattore di vulnerabilità. Una donna ha poche persone a cui può chiedere aiuto economico, il marito prima di tutto, ma se questi rifiuta non può rivolgersi ad altri senza “scavalcare” inopportunamente il marito.

Holten, nella sua ricerca a Farabako, in Mali, conclude che la vergogna (di dover chiedere aiuto, per la propria condizione di povertà) è un fattore significante che porta ad atteggiamenti che sono visti come di grande passività da osservatori occidentali, ma in realtà sono comunque di “agentività”. Infatti:

> poverty and and mistrust limit the capacity of social capital to generate the founds needed. Thus, symbolic capital, in the form of the embodied cultural value of shame, becomes an important determining factor in health seeking behavior. But shame is not only embodied, it is also actively used by women in constructing their identities as “good women” when faced with health adversity. In the end, when your child is ill and the means run out, it is most important to be a good woman who has shame; morals really matter. (Holten, 2013: 67-68)

6.3 Il bambino nasce e muore, qual è la causa?

> Qualsiasi rottura della normalità ha una causa precisa, personale e significativa. Cos'è “normale” per un essere vivente? Vivere, dunque la morte è rottura della normalità che deve essere indagata […]. È normale che nella vita benessere e piccole malattie si alternino, ma se le malattie sono alquanto frequenti o gravi, se la sfortuna sembra colpire l'individuo, se il suo campo non rende e quello dei suoi vicini sì, allora siamo davanti ad una rottura che ha una causa. (Crevatin, 2008: 156)

Quando capita un evento negativo l'uomo si interroga sul perché sia successo. La risposta che si dà a questa domanda funge, secondo la teoria forense del pericolo, da discrimine tra i *primitivi* e i *moderni*, tra *credenza* e *conoscenza*. I “primitivi” attribuirebbero la colpa a esseri e azioni spirituali, mentre i moderni ricercherebbero spiegazioni razionali di causa-effetto.

Mary Douglas, in difesa dei cosiddetti primitivi, stabilisce la razionalità del loro comportamento, sottolineando come, nei processi di accusa, sia importante non tanto il ragionamento o i nessi causali che hanno portato a determinate accuse, ma a chi viene data la colpa. Douglas sostiene che «per ogni disgrazia esiste un repertorio fisso di possibili cause tra cui viene scelta una spiegazione plausibile, e che un repertorio fisso di azioni obbligate segue la scelta.» (Douglas, 1996: 19) Vi sono dunque tre tipologie di attribuzione di colpa: quella di tipo moralistico, quella che accusa gli avversari e quella che si rivolge a un nemico esterno. In ogni caso, si tratta di spiegazioni di tipo politico, come scrive Douglas, «non solo l'attribuzione di colpa, ma la capacità cognitiva in tutte le sue forme viene interpretata politicamente.» (Douglas, 1996: 24) E queste tipologie di *blaming* sono efficaci in quanto «*embodied*, ma anche *embedded*: sono cioè «incorporate» negli attori sociali e soprattutto sono «immerse» nel tessuto culturale di una data società.» (Ligi, 2009: 129) La scelta di quale modello utilizzare non è compiuta consapevolmente dagli individui, dipende dal contesto, dal tipo di società che si è creata.

Douglas sottolinea come, in passato, «l'assenza di tecnologia permetteva che fossero lanciate a destra e a sinistra le accuse più avventate, e che fossero inventate

strane forze spirituali per coprire le crepe presenti nella plausibilità. Magia e tabù erano dovuti all'ignoranza.» (Douglas, 1996: 25) Ma quando la tecnologia cessò di essere garanzia di sicurezza e venne messa sotto accusa come fonte di pericolo, tutto cambiò e fu chiaro che:

> la conoscenza è sempre insufficiente. L'ambiguità è sempre in agguato. Volendo attribuire una colpa, si troverà sempre il modo di interpretare le prove nel senso voluto. (Douglas, 1996: 25)

Mary Douglas ha rilevato come il pensiero dei cosiddetti primitivi non fosse irrazionale, il processo di *blaming* diventa un utile strumento di controllo per la comunità che, di fronte a una minaccia, rafforza le istituzioni sociali e i codici morali.

Come scrive Ligi (2009), questi modelli di spiegazione agiscono come modalità culturali per gestire il problema del senso del male ,agendo su molteplici livelli.

Ad un primo livello, «si pongono a tutti gli effetti come *teorie della causalità*, forniscono cioè una risposta (anche in termini cognitivi) al *perché* della disgrazia, arginano l'irruzione dell'assurdo nella vita quotidiana.» (Ligi, 2009: 126) Ad un secondo livello hanno valore sul piano politico, definendo e ribadendo il codice morale della società, rafforzano l'integrità del gruppo e le strutture sociali. Infine, ad un terzo livello, i repertori di *blaming* connettono il piano delle idee all'azione: «non solo spiegano *perché* ci si trova in quella situazione (come è venuta a determinarsi), ma forniscono anche modelli culturali su *come* reagire praticamente.» (Ligi, 2009: 128-129)

Fondamentali per la riflessione di Douglas sono le ricerche di Evans-Pritchard. Questi, nella sua celebre opera *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, contesta la convinzione allora dominante che vedeva i “primitivi” come irrazionali e mostra come, presso gli Azande, popolazione che vive tra il Nilo e il Congo, la stregoneria sia un concetto utilizzato per spiegare gli avvenimenti sfavorevoli. La stregoneria, infatti, crea un legame causa-effetto ulteriore a quello razionale di casuale coincidenza nel tempo e nello spazio. Portando l'esempio del crollo di un granaio, che crollando ferisce le persone che vi sono sedute sotto, Evans-Pritchard scrive:

> La filosofia zande è in grado di fornire l'anello mancante. Lo zande sa bene che i sostegni erano rovinati dalle termiti e che la gente era seduta sotto il granaio per mettersi al riparo dal caldo e dalla luce accecante del sole. Ma, oltre a questo, egli sa perché i due avvenimenti si sono verificati proprio in quella porzione di tempo e di spazio. La coincidenza è dovuta all'intervento della stregoneria. Se non ci fosse stata stregoneria, la gente avrebbe potuto starsene sotto il granaio senza che questo le crollasse addosso, ovvero il granaio sarebbe crollato, ma la gente in quel momento non sarebbe stata al suo riparo. La stregoneria spiega la coincidenza di questi due avvenimenti. (Evans-Pritchard, 2002: 27)

Per spiegare appieno un fatto bisogna quindi prendere in considerazione la stregoneria e, continua Evans-Pritchard, la stregoneria è la causa socialmente pertinente, in quanto permette un intervento, attiva una serie di azioni che rientrano nel modello del comportamento sociale.

Questo sistema della doppia causalità, naturale e sovrannaturale, è detto della doppia lancia, dalla metafora che gli Azande usano per spiegare la relazione tra le due causalità. Essi dicono che la stregoneria è l'*umbaga*, cioè la seconda lancia: quando gli Azande spartiscono la selvaggina, la carne viene divisa tra l'uomo che ha colpito per primo l'animale con la sua lancia e quello che gli ha inferto il secondo colpo. Analogamente, quando un uomo viene ucciso da un elefante, l'elefante è la prima lancia, la stregoneria la seconda. Quindi «la stregoneria spiega *perché* gli avvenimenti sono nocivi all'uomo, e non *come* accadono.» (Evans-Pritchard, 2002: 29)

Nel corso del mio soggiorno ho spesso chiesto alle donne con cui parlavo a cosa fosse dovuta la mortalità perinatale e materna, e ho ricevuto risposte che si adattano bene a questo doppio registro di causalità.

> Tra i diversi tipi di sistemi di attribuzione di colpa che caratterizzano le società tribali, quello in cui ci troviamo ora è pronto a considerare ogni morte come imputabile a qualcuno, ogni incidente come causato dalla negligenza criminale di qualcuno, ogni malattia una minaccia di chiamata in giudizio. La prima domanda è: di chi la colpa? (Douglas, 1996: 33)

Nel mondo occidentale, in caso di morte in ospedale si tende subito ad accusare di inefficienza e incompetenza il personale sanitario. Ne è un esempio lampante l'aumentata frequenza di denunce e processi contro medici. Nella percezione occidentale della biomedicina, questa è sempre meno vista come infallibile e degna di totale fiducia. Tuttavia, nella zona di Tosamaganga vi è una percezione ancora diversa, la biomedicina gode di grande rispetto soprattutto, come si è visto, per quello che riguarda l'aspetto farmacologico.

Nelle mie conversazioni emerge come la presunta o reale incompetenza del personale medico non sia rilevata dai pazienti. Nessuna delle donne del villaggio con cui ho parlato mi ha mai accennato ad una possibile incapacità del medico o delle infermiere come fattori di rischio né per il parto vaginale né per il taglio cesareo. Anzi, se chiedevo come si erano trovate con le infermiere la risposta era inevitabilmente bene, che avevano apprezzato il servizio. Solo a domanda diretta, quando chiedevo se era possibile che la morte di un bambino o di una partoriente fosse da imputarsi a un errore del medico mi rispondevano che si, certo, era possibile. Ma non con grande convinzione. In un contesto in cui il medico gode di grande fiducia e ci si affida alle sue decisioni terapeutiche spesso senza nemmeno conoscere la diagnosi, è difficile che il medico possa essere accusato, di fronte alla morte di un paziente. Mi preme tuttavia sottolineare come questo atteggiamento non implichi totale e completa fiducia, per cui si seguono scrupolosamente tutte le indicazioni; come ha sottolineato Giorgia, le mamme rispettano attentamente le prescrizioni farmacologiche, ma magari trascurano quelle non meno importanti su igiene e alimentazione. Ognuno sceglie e reinterpreta i vari elementi, in base a ciò che più si adatta al proprio orizzonte culturale.

Quando chiedevo alle mamme con cui parlavo le cause della morte perinatale mi rispondevano con una certa sicurezza che dipende dal fatto che la partoriente si stanca di spingere o si è recata troppo tardi in ospedale o non ha seguito accuratamente le prescrizioni alimentari nel corso della gravidanza. Prescrizioni che non comportano alimenti tabù per motivi simbolici, si tratta semplicemente di raccomandazioni delle infermiere dell'RCH, consistenti nel prestare attenzione ad una dieta equilibrata, mangiare tanta frutta e verdura e non fare lavori pesanti. Una

responsabilità che ricade quindi quasi esclusivamente sulla madre.

Poche donne mi hanno detto che può trattarsi di un attacco di stregoneria, ma penso soprattutto perché erano intimorite nel parlare di stregoneria con me. Quando chiedevo più specificatamente perché un neonato o una partoriente muore, la risposta classica che mi sentivo dare era "*mapenzi ya Mungu"*, che letteralmente significa l'amore di Dio, nel senso di "sia fatta la Sua volontà". Cercando di approfondire l'interpretazione locale delle disgrazie mi è sembrato di cogliere come ad un primo livello vi sia la spiegazione razionale, poi quella che rimanda alla stregoneria e infine l'accettazione grazie alla fede. E questo sistema di senso permea l'intera quotidianità, non solo l'ambito della maternità. Se una donna non ha figli la spiegazione evoca la volontà di Dio, oltre che la stregoneria, così come per qualsiasi successo o insuccesso della vita quotidiana. Ma la metafora zande della doppia lancia va ampliata: da quello che ho potuto percepire frequentando in questi pochi mesi le donne del villaggio è la fede che aiuta veramente ad accettare la disgrazia, ed è a Dio che in ultima analisi ci si rivolge. Come mi ha detto Paolina, 43 anni e madre di sei figli, il primogenito morto a un anno:

> We love God, God loves us, if happens it happens, if not not.

CONCLUSIONE

Le domande di ricerca con cui sono partita per l'ospedale di Tosamaganga erano legate alla percezione locale di parto e gravidanza. Adottando una prospettiva emica, intendevo indagare come le donne del villaggio – e quelle che affluivano in ospedale dalle zone rurali – percepissero il parto, se fosse considerato pericoloso o meno, perché avessero scelto di partorire in ospedale e come interpretassero un'eventuale disgrazia, focalizzandomi sul parto come fenomeno complesso, sottolineando non solo il piano culturale e simbolico ma anche e soprattutto quello medico-ostetrico, la dimensione corporale.

Per esplorare l'aspetto medico del parto è necessario considerare come a Tosamaganga (e in Tanzania in generale) vi sia una coesistenza di due sistemi medici: quello occidentale e quello locale. Mentre la medicina locale ne occupa lo spazio esterno, la biomedicina trova la sua massima espressione in ospedale, pur essendo frequente una reciproca compenetrazione, che dà vita a forme ibride. Quando è la medicina locale ad entrare in ospedale, questo avviene nelle forme di infusi, medicine tradizionali e pratiche specifiche. Quindi, anche in un ospedale di stampo occidentale come quello di Tosamaganga, si possono incontrare donne che bevono infusi di corteccia per evitare il taglio cesareo, o per indurre le contrazioni, e neonati con uno spago intorno al collo allacciato al moncone ombelicale affinché questo, seccatosi, non cada in mezzo alle gambe, cosa che, stando al pensiero tradizionale, procurerebbe sterilità. Quando invece è la biomedicina ad uscire dagli spazi dell'ospedale ecco che i guaritori locali se ne appropriano, si definiscono moderni, utilizzano alcune interpretazioni biomediche e vantano collaborazione e scambio di informazioni.

È quindi in questo contesto di continua appropriazione e ri-appropriazione, negoziazione e creazione identitaria che si colloca il parto in ospedale, fruito dalla maggior parte delle donne del distretto. Con la biomedicina gli europei hanno anche introdotto un modello di parto costruito culturalmente come molto medicalizzato: il corpo della donna è assimilato ad una macchina, controllabile e prevedibile, e questa visione si è imposta su quella preesistente (e in alcune zone ancora radicata) del

parto come momento esclusivamente femminile, senza alcuna interferenza da parte del mondo maschile. Dalle conversazioni con donne di varie fasce d'età emerge come, nella percezione locale, partorire in ospedale sia «*safe*» e «*better*». Solo le anziane del villaggio, ormai sempre meno numerose, le uniche ad avere memoria di un periodo precedente alla costruzione dell'ospedale, hanno invece affermato che preferirebbero un ritorno al parto in casa, assistito da una levatrice. Ricordano come una volta non ci fossero tutte le complicazioni che si riscontrano oggi in ospedale, e non esistesse il taglio cesareo.

Indagando su quali siano i rischi connessi al parto, e se questi stessi rischi esistono anche in ospedale, mi sono tuttavia resa conto che non è possibile parlare di parto come categoria unica: nella percezione locale vi è una grande differenza tra il parto per via vaginale e il taglio cesareo. Il parto per via vaginale è considerato naturale e non pericoloso, un'esperienza che accomuna ogni donna (o quasi) e di cui non bisogna avere paura. I codici di comportamento locali impongono anche di non esternare il dolore, esternazione percepita come segno di debolezza.

Il taglio cesareo si inserisce invece in un discorso completamente diverso, è generalmente considerato negativo, anche se le percezioni non sono uniformi nelle varie fasce d'età.

Le ragazze, infatti, sono fondamentalmente ignoranti sulle questioni relative alla maternità e al parto, spesso quindi non esprimono un'opinione sul tipo di parto preferibile, avendone magari sperimentato uno solo, atteggiamento che rimanda a un'idea di sapere e trasmissione del sapere molto pratica, non elucubrazioni astratte ma l'esperienza concreta. Inoltre, in genere, le ragazze non affrontano con le madri questi argomenti, che sfiorano tematiche come la vita, la morte e la sessualità, al confine tra aldiqua e aldilà. Non ne parlano nemmeno con le amiche, temendo di suscitare la loro invidia, e quindi possibili attacchi di stregoneria. Per avere informazioni sulla gravidanza, le giovani donne preferiscono quindi rivolgersi all'ospedale.

Le donne più mature, invece, hanno espresso opinioni molto trasparenti e uniformi: tra le due tipologie di parto quello da preferirsi è il parto vaginale, e hanno addotto chiare motivazioni contro il taglio cesareo. Questo è da evitarsi innanzitutto in quanto imputabile all'azione stregonesca di un nemico, invidioso della gravidanza,

che agirebbe chiudendo il canale vaginale della partoriente e costringendo così al taglio cesareo (e alla luce di ciò si comprende perché le gravidanze siano avvolte da un protettivo silenzio). In secondo luogo vi è una motivazione religiosa: nella Bibbia è scritto che la donna partorirà con dolore (quindi per via vaginale) e poichè il taglio cesareo non è menzionato, si pensa che sia il risultato di un'azione stregonesca e malefica. Un'ulteriore motivazione è rappresentata dall'impossibilità, immediatamente dopo l'operazione, di riprendere a lavorare (a Tosamaganga le donne che hanno avuto un cesareo sono ricoverate per dieci giorni) e, essendo la donna il perno dell'economia domestica, questo ritardo può creare gravi disagi alla famiglia. In aggiunta, il ricovero può costituire un reale problema per la donna stessa che, se non ha nessuno che la assiste durante il periodo di ospedalizzazione, è costretta a tornare a casa (in ospedale non vi è un servizio di mensa). Inoltre molti mariti desiderano numerosi figli (l'opinione della moglie è scarsamente tenuta in considerazione) e sono consapevoli che una donna non può avere troppi tagli cesarei (tre è di solito il numero massimo), per cui a volte divorziano dalle donne che hanno già avuto due o tre operazioni e che non gli possono garantire ulteriore discendenza. Infine, l'ultima motivazione emersa è la pericolosità del cesareo: la partoriente può morire, possono sorgere problemi con l'elettricità o il medico può essere momentaneamente assente; non mi è mai stata indicata una possibile incompetenza del personale sanitario o complicazioni legate all'intervento chirurgico (emorragie o infezioni) come fattori di rischio.

Di fronte a queste inquietudini nei confronti del taglio cesareo, la medicina locale offre delle soluzioni: un infuso di corteccia di un particolare albero che cresce vicino ai corsi d'acqua, da assumere con posologia ben specificata, che aiuta ad evitare l'operazione. Un'altra tattica adottata dalle partorienti è quella di entrare in sala parto il più tardi possibile, a travaglio già avanzato: molte, infatti, temono di essere cesarizzate, se si presentassero troppo presto. Una presa di posizione piuttosto decisa nei confronti del taglio cesareo, quindi, che comunque non va ad intaccare la fiducia nella medicina occidentale e nella competenza del personale.

Analizzando i dati raccolti nelle cartelle cliniche delle donne che hanno partorito tra gennaio e aprile 2013, emergono rischi concreti, da un punto di vista occidentale, che non vengono percepiti come tali dalle partorienti. Nell'ospedale di Tosamaganga,

molto gerarchizzato, nei confronti del medico e delle infermiere si nutre grande fiducia. Nessuna delle madri a cui ho chiesto di raccontarmi le sue esperienze di parto ha mai esplicitamente condannato l'operato di un'infermiera e questo è un elemento che denota una netta discrepanza tra la visione occidentale e quella locale: il fatto che le infermiere colpiscano le partorienti spaventate, comportamento decisamente condannato dagli occidentali, non è percepito come amorale e negativo dai locali. Inoltre, parlandone con le infermiere, ho riscontrato una forte ricostruzione rispetto alla pratica concreta: pur picchiando le partorienti che gridano, in sede di intervista hanno sostenuto che durante il travaglio cercano di calmarle e confortarle. Un altro esempio è l'utilizzo del partogramma: questo è un utile e semplice strumento di monitoraggio del travaglio e del parto. Si tratta di una sorta di diario, la cui utilità dipende però dalla sua accurata e fedele compilazione. Tuttavia, spesso, i partogrammi a Tosamaganga sono compilati a posteriori secondo lo standard di un parto ideale, quindi senza alcuna relazione con l'andamento del reale travaglio della singola partoriente. In questo modo, quindi, lo strumento perde la sua funzione e diventa di fatto inutile.

Strettamente legata al parto è la mortalità perinatale e infantile, che ho trattato in un'ottica di dialogo tra il contesto “reale” e la vulnerabilità della popolazione al rischio fisico, analizzando quindi l'esposizione al rischio (livello igienico, accessibilità ed efficienza delle strutture sanitarie, fattori culturali) e gli strumenti concreti a disposizione per farne fronte; ancora una volta è emerso un forte *gap* tra la prospettiva etica e emica.

Ciò che è risultato particolarmente interessante, e che getta una nuova luce sugli elementi emersi, è l'interpretazione locale della disgrazia, il problema del dare un senso al male, alla malattia. Fin dal mio arrivo sul campo mi sono scontrata con la realtà della stregoneria, e ho ricercato l'applicazione della metafora zande della doppia lancia (e quindi la decodificazione della stregoneria come spiegazione al *perché* capita un evento negativo, non al *come* capita). Tuttavia ritengo che nel caso specifico di Ipamba questo modello della doppia causalità vada adattato, in quanto qui si intersecano tre modelli esplicativi, quello medico-scientifico, quello della stregoneria e quello religioso. La popolazione si dichiara quasi esclusivamente cristiana cattolica, eppure questo, nella mentalità comune, non contrasta con la

pratica e la credenza nella stregoneria: sono due realtà che procedono parallelamente, dandosi significato a vicenda. La scelta di credere o meno nella stregoneria è completamente indipendente e slegata dalla fede religiosa. A questi due significanti si aggiunge quello scientifico e, nel caso ad esempio della morte di un figlio, tutti questi elementi vanno ad intersecarsi per costruire una spiegazione, dare un senso al male, che altrimenti farebbe troppo male. Così il figlio può morire per una malattia, che può essere risultato di un'azione stregonesca, ma in fin dei conti è *mapenzi ya Mungu*, l'amore di Dio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Adler, A., *Initiation, royauté et féminité en Afrique noire. En deçà ou au-delà de la différence des sexes : logique politique ou logique initiatique?*, in *L'Homme*, 2007/3 n° 183, p. 77-115.

Allen, D. R., 2010 (2004) *Managing Motherhood, Managing Risk. Fertility and Danger in West Central Tanzania,* USA, The University of Michigan Press

Allovio, S., 1999, *La foresta di alleanze: popoli e riti in Africa equatoriale*, Roma, Laterza

Andò, V., 2000, *Ippocrate. Natura della donna*, Milano, BUR

Augé, M., 2011, *Straniero a me stesso: tutte le mie vite di etnologo*, Torino, Bollati Boringhieri

Augé, M., Herzlich, C., 1986, *Il senso del male: antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il Saggiatore

Bacci, A., 2012, *Improving quality of care for mothers and newborn babies in the United Republic of Tanzania - Assessment of quality of maternal and neonatal services at Tosamaganga hospital, Iringa District,* CUAMM – Doctors with Africa

Beck, A., 1979, *The traditional healer in Tanzania*, in *Issue: a Journal of Opinion*, Vol. 9 No. 3 (Autumn 1979) pp. 2-5

Bellagamba, A., 2008, *L'Africa e la stregoneria*, Roma-Bari, Laterza

Beneduce R., 2010, *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*, Torino, Bollati Boringhieri

Cangiani, M. (a cura di), 2012, *Alternative approaches to development*, Padova, CLEUP

Chapitre 3 : Situation au regard du développement en tanzanie, in *Revue de l'OCDE sur le développement*, No. 4 (2003/4), pp. 135-139

Crevatin, F., 2008, *L'uomo invisibile, ancora sulla costruzione culturale della realtà,* in *Incontri linguistici*, No. 31 (2008), pp. 149-158

Cros, M., 1990, *Anthropologie du sang en Afrique, Essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire*, Paris, Editions L'Harmattan

De Martino, E., 2000, *Sud e magia*, Milano, Feltrinelli

Douglas, M., 1996, *Rischio e colpa,* Bologna, Il Mulino

Evans-Pritchard, E. E., 1931, *Sorcery and Native Opinion*, in *Africa: Journal of the International African Institute*, Vol. 4, No. 1 (Jan., 1931), pp. 22-55

Evans-Pritchard, E. E., 1935, *Witchcraft*, in *Africa: Journal of the International African Institute*, Vol. 8, No. 4 (Oct., 1935), pp. 417-422

Evans-Pritchard, E. E., 2002, *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, Milano, Raffaello Cortina Editore (ed. or. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford University Press, 1976)

Fabietti, U., 2001, *Antropologia culturale. L'esperienza e l'interpretazione*, Bari, Laterza

Fédry J., 2009, *Le nom, c'est l'homme. Données africaines d'anthroponymie*, in *L'Homme*, 2009/3 n° 191, p. 77-106

Foster, G. M., 1976, *Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems*, in *American Anthropologist,* New Series, Vol. 78, No. 4 (Dec., 1976), pp. 773-782

Geertz, C., 1990, *Opere e vite*, Bologna, Il Mulino (ed. or. *Works and Lives. The Anthropologist as Author*, Stanford, Stanford University Press, 1988)

Geertz, C., 1998, *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino (ed. or. *The Interpretations of Cultures*, New York, Basic Books, 1973)

Harrington, J. A., 1999, *Between the State and the Civil Society: Medical Discipline in Tanzania,* in *The Journal of Modern African Studies,* Vol. 37, no. 2 (Jun. 1999), pp. 207-239

Lallemand, S. et al., 1991, *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*, Paris, Editions L'Harmattan

Langwick, S. A., 2008, *Articulate(d) bodies: traditional medicine in a Tanzanian hospital,* in *American Ethnologist* Vol. 35 No. 3 pp. 428-439

Ligi, G., 2009, *Antropologia dei disastri*, Roma-Bari, Laterza

Loraux, N., 1991, *Il femminile e l'uomo greco*, Bari, Laterza

Lupton, D., 2003, *Il rischio. Percezione, simboli, culture*, Bologna, Il Mulino (ed. or. *Risk*, London, Taylor & Francis Books Ltd.-Routledge, 1999)

Malinowski, B., 2011, *Argonauti del Pacifico occidentale,* Torino, Bollati Boringhieri (ed. or. *Argonauts of the Western Pacific. An Account of native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*, 1922)

Marsland, R., 2007, *The Modern traditional Healer: Locating "Hybridity" in Modern Traditional Medicin, Southern Tanzania,* in *Journal of Souther African Studies*, Vol. 33, No. 4, Histories of Healing, pp. 751-756

Medici Con l'Africa CUAMM, 2010, *Annual Report 2009,* Trebaselghe, Grafica Veneta

Micheli, I., 2011, *Figlio della radice. Djedwa Yao Kuman guaritore e cacciatore Kulango*, Trieste, EUT - Edizioni Università Trieste

Micheli, I., 2011, *La condizione della donna, la gravidanza e il parto in Marocco*, in Dialoghi. Neomamme e culture a confronto, Gente e terra d'Imagna, n. 19, pp: 39-46, Grafica Monti

Micheli, I., 2006, *Matrimonio, parentela e discendenza presso i Kulango di Nassian (Côte d'Ivoire)*, in *La ricerca Folklorica*, No 54 pp. 83-98

Micheli, I., 2011, *I Gun di Avrankou (Benin) e la malattia mentale: dall'analisi lessicale alla ricostruzione di un sistema di pensiero*, in Quaderni di Semantica, anno XXXII, n. 1 (giugno 2011), Bologna, CLUEB

Oded, A., 2005, *Islam et politique en Afrique de l'Est (Kenia, Ouganda et Tanzanie)* in *Outre-Terre* 2/2005 No 11, pp.189-194

Pizza, G., 2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci

Polanyi, K., 1983, *La sussistenza dell'uomo*, Torino, Einaudi

Quaranta I., (a cura di), 2006, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina

Quattrocchi, P., 2006, *Confini corporei e pratiche puerperali: "Apertura" e "chiusura" del corpo femminile tra i Lenca di La Campa (Honduras) e i Maya yacatechi del villaggio di Kaua (Messico),* in *La Ricerca Folklorica*, No. 53, Intorno ai confini (Apr., 2006), pp. 23-39

Quattrocchi, P., *L'ombelico del mondo: Rappresentazioni e pratiche relative al ti'pté in un villaggio maya dello Yucatàn, Messico*, in *La Ricerca Folklorica*, No. 50, Antropologia della salute: Temi, problemi, ricerche (Oct., 2004), pp. 35-43

Quattrocchi, P., 2001, *"Parteras gracias a Dios". Il sistema di nascita lenca (Honduras) fra tradizione e modernità*, in *La Ricerca Folklorica*, No. 44, Antropologia dei processi migratori (Oct., 2001) pp. 127-138

Radcliffe-Brown A. R., Kuper A., *Science and Native Problems: How to*

Understand the Bantu, in *Anthropology Today*, Vol. 2, No. 4 (Aug., 1986), pp. 17-21

Ranisio, G., 1996, *Venire al mondo*, Roma, Meltelmi

Redmayne, A., *Chikanga: un indovino africano di fama internazionale*, in Douglas (a cura di), 1980, *La stregoneria. Confessioni e accuse, nell'analisi di storici e antropologi*, Torino, Einaudi (ed. or. *Witchcraft. Confessions and Accusations*, 1970 Association of Social Anthropologist of the Commonwealth)

Remotti, F, 1993, *Luoghi e corpi. Antropologia dello spazio, del tempo e del potere*, Torino, Bollati Boringhieri

Remotti, F. (a cura di), 1999, *Forme di umanità. Progetti incompleti e cantieri sempre aperti*, Torino, Paravia

Remotti, F., 2007, *Prima lezione di antropologia*, Bari, Laterza

Sahlins, M., 1980, *L'economia dell'eta della pietra*, Milano, Bompiani,

Sissa, G., 1992, *La verginità in Grecia*, Bari, Laterza

Snyder, K. A, *Being of 'One Hearth': Power and Politics among the Iraqw of Tanzania*, in *Africa: Journal of the International African Institute*, Vol. 71, No. 1 (2001), pp. 128-148

Teixeira, M. *et alii*, 2012, *Representations and uses of emergency contrception in West Africa. A social anthropological reading of a northern medicinal product* in Social Science & Medicine No. 75 (2012) pp. 148-155

Van Gennep, A., 2009, *I riti di passaggio*, Torino, Bollati Boringhieri (ed. or. *Les rites de passage*, Paris, Émile Nourry, 1909)

Wood, C. H., Vaughan, J. P., de Glanville H., 1986, *Community Health*, Nairobi, AMREF

SITI INTERNET

http://en.wikipedia.org
http://tz.one.un.org
http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it
http://www.indexmundi.com
http://www.mediciconlafrica.org
http://www.tz.undp.org
http://www.who.int
http://ahm.afro.who.int
http://whqlibdoc.who.int/

VIDEOGRAFIA

Bovary, G., 1968, *Africa, nascita di un continente*
Rouch, J., 1955, *Les maîtres fous*

APPENDICE

Rosi 25/04/2013

nata nel 1966, etnia Hehe, di Ipamba, istruzione primaria
sposata nel 1988 ha 11 figli
non lavora

A: Is she from Ipamba?
J: Sì…
A: And when was she born?
J: 1966
A: And she also went in Italy…
J: Yes…
A: Before or after the marriage?
J: Before
A: And when did she get married?
J: 1988
A: And when was the first child born?
J: The same year…
A: And did she deliver at the Hospital?
J: Sì
A: Normal delivery or operation?
J: All children normal way...
A: Does she think that in the past all deliveries were in normal way? I mean, does she think that operation is a recent way to deliver?
J: Sì
A: And why?
J: All changed last years..contrary from the past…
A: And doesn't she know the reason?

J: There is something changed…but she doesn't know what

A: And does she think it is better normal delivery or the operation?

J: Normal way

A: Why?

J: With normal way you can take your baby just after the delivery and take care immediately…with operation he is taken away from a long time…

A: And does she consider the delivery dangerous?

J: Normal way or operation?

A: Both

J: Yeah, there is dangerous…

A: And why? Where is there a danger? What' s the risk in delivering?

J: Baby can die when he's still in the stomach…

A: And does she know someone who had this problem?

J: Some of her cousins had this problem and child died…

A: And what about the moment of the delivery?

J: She said the moment of delivery is always dangerous but in the Hospital there are assistants who can help

A: And so she thinks that delivering in the Hospital is better…

J: Yes

A: And what about the delivery with operation?

J: Yes, also… all delivering ways are dangerous because one can die before delivery, one can die during operation, so all is dangerous.

A: And so, was she worried about her deliveries?

J: About Vicky she was worried because the time of delivering was over, more than the normal time, so…she was worried.

A: And if something happens to the baby, in her opinion where is the fault? I mean, is it woman's fault or doctor's fault or something else?

J: Both, mama and doctor. Maybe the mama who get deliver can go very late to the Hospital or the doctor can't help well for delivery and for that he cause the death of the baby.

A: Why does she think it's important to go early to the Hospital?

J: The clinic told her that

A: Does she speak with the other women about pregnancy, delivery…?

J: Yes, it's normal

A: And with the men?

J: No…

A: And with her husband?

J: With her husband is normal

A: And does she believe in sorcery?

J: At the past yes, but now not really…I mean at the past there was sorcery here.

A:And does she know something bad that happened because of sorcery?

J: In the past there were believes that maybe sorcerer wants you to be dead before the delivery or your baby must be dead…but now, nothing like that because there is Hospitals and globalization takes place now.

A: So are the Hospitals a way to protect from sorcery?

J: Sì

A: So medicine from the Hospital is more powerful than sorcery?

J: Yes, the Hospital's medicine is more powerful…

A: And what about the witchdoctor? Is more powerful the medicine of the Hospital or the medicine of the witchdoctor?

J: The question is in its better done…because in the Hospital there is a specific measure… according to ages weight you have to take this or this, with Witch-doctor there is no measure maybe he can says you have to take one liter to use, maybe more…

A: And does she know some witchdoctor?

J: Here?

A: Yes, here…

J: Here no, maybe other place.

A: And since she came here has she always lived in this house?

J: She was in another house and after the marriage she came here

A: And in her opinion did Ipamba change a lot?

J: She said yes, because here in Ipamba there were just three or four habitants…

A: Just three or four habitants?

J: Yes, in 1988. After someone came…

A: And did they come to work?

J: From other places they came here…and she thinks the presence of people now is because of the Hospital and the presence of social service like schools and so a lot of people wanted to come here…but at the past there was little habitant…

A: And in her opinion, why is it important to women to have children?

J: They just like that…

A: And is there a difference between a woman who has children and a woman who has not?

J: The woman who have children is more important than the one who doesn't have because the one who doesn't have…they are just segregated…because they believe that children are important, they can help you…so the one who has children is very important in this society.

A: And if a woman doesn't have children, what could be the problem?

J: In her believes or in her culture when baby born you know they have to cut the cordon from placenta…so, when the cordon cut fall down in this way both if is a lady or a boy later he or she couldn't be able to have babies, but if it fall in this sight he or she will be good. But if it fall in this sight he or she wouldn't be good.

A: But the cordon…

J: Yes, the cordon link the baby to the mum, and it must fall in the left side…

A: In the right side!

J: It can be right or left, but not the center! So when the umbilical cordon fall in this side, it is not good.

A: But when the nurse cut can't she…

J: Direct the fall of cordon?

A: Yes…

J: After be cut the remained one will dry so to protect to not fall in the center, mother maybe can fix the fragment around the neck…after be dry it fall down but in this way he remain around the neck as a protective way

A: But the whole cordon around the neck?

J: No, you take a thread and you connect it with the fragment of cordon

A: You take what?

J: The thread…thread! The kamba Agnese, like this!

A: Ok, ok!

J: So you connect this with the cordon…the fragment of cordon when it become dry it fall down…so you protect the cordon to follow in this way because when it is dry and it should fall down it will remain to the neck…it's a protective way.

A: And the problem is only the cordon of the baby?

J: Yes, baby, we are talking only about baby!

A: And then do they keep the dry cord?

J: No, they throw it away…

A: And do they do this also now or only in the past?

J: Also now…

A: And the nurses too do they do this?

J: Not the nurses, just mother..

A: And do the nurses know about this practice?

J: She is not sure if they know or they don't know…

A: But who told her this? Why does she know this?

J: The past nurses told her that, but the nurses of this time don't tell this.

A: Ah, the nurses? Isn't it something told by her mother or her grandmother?

J: Yes also her grandparents.

A: And is she from which tribe?

J: Hehe…Hehe is the dominated tribe here.

A: And does she know some other believes or tradition of her tribe linked to pregnancy, or delivery, or babies?

J: No, she doesn't know.

J: Ok…asante, asante sana!

Rosa**:** Asante!

Beatrice 27/04/2013

nata nel 1990, etnia Hehe, di Weru, istruzione secondaria

fidanzata senza figli

lavora in proprio come sarta

AGNESE: Ask her if she's from Ipamba, if she was born here

JEREMY: No

A: Wapi? [Dove?]

J: Some village called Weru

A: Na kwa nini unakaa hapa? [E perché abiti qui?]

BEATRICE: Kwa sababu nilikuja kwa kufanya kazi [Perchè sono venuta per lavorare]

A: Wazazi yako [i tuoi genitori], where is her family?

J: There

A: Ni mbali? [È lontano?]

B: Sio mbali sana [Non è molto lontano]

A: Na mvuve yako ni hapa? [E tuo marito è qui?]

J: She's not yet married but she's in the process of getting marriage. Soon she will be married

A: With a guy from Ipamba

J: No

A: Weru?

J: Hapana [no]. Somewhere called Nyololo

A: Hii ni pete kwa engangement? [Questo è l'anello di fidanzamento?]

B: Yeah!

A: Nzuri sana! [Molto bello!]

A: So she's living alone here?

J: Yes.

A: How long she's been here?

J: The year before the last year

A: ask her if she would like to have children

J: Yes

A: Why?

J: She likes only to be the mother of children. That is.

A: Ask her if is important to have children for a woman

J: She don't know if is important but herself she like to be wife

A: But does it change something for a girl between before and after getting a baby? I mean, about her position, social changes, if she becomes adult..

J: She ask full life changes, or the body changes?...

A: Any! Any! How do people see her?... I mean, is she going to be more important?...

J: She says she can't explain because she don't have a child so she don't know if..because she don't have a child

A: And did she see in her friends having pregnancy something changing? Before and after the pregnancy?

J: She don't have see, sijaona [non ha visto]

A: Ask her if now she were pregnant, what would she do? Step by step

J: You mean what things she has to do and what things she don't have to do?

A: Yeah, and also with whom she is speaking…with her mother or her friends..

J: She said maybe the one to speak about pregnancy is maybe a close friend how she's already get a child and..

A: Has she already got a child?

J: Yeah, so she's going ask her about pregnancy, what to do and what not to do..but the things what to do and what not to do she don't know because she can't predict what she will like and what no..

A: Yes, but so she's not afraid of..you remember with Veronica: we spoke about jealousy...

J: She'll reach the one really friend and then she ask for her, only, and not with everyone who had already get baby. Or her mother or her mother-in-law.

A: Why not with friends not so close?

J: Other they don't like. Maybe they don't want ask about pregnancy and answers will be different ans things like this. She has to choose the one who she let ask about pregnancy.

A: Will she deliver in hospital? I mean when, if...

B: Hospitalini [In ospedale]

A: Why?

J: At the hospital there is a good and important service

A: Ask her if it is dangerous the deliver

J: To the normal or operation?

A: Both

J: She said is not dangerous but the occurrence maybe to death of the child is very normal. But she don't afraid

A: If the baby dies… whose fault will it be?

J: Normal way of getting deliver it can be caused by both, doctor and the mother. In terms of mother, maybe she's not..allowed the way the baby to go out, she's tired..the baby when want to give out so she don't allowed the baby to be pushed out. There is caused by the mother. In terms of the doctor maybe the baby want to come out maybe he'll be far and that's when the baby be ready..it could be early than normal he will reach around there...so he can be fault of the doctor or the mother herself. But it depend.

Mama Jackie 2/05/2013

nata nel 1991, etnia Hehe, di Ipamba, istruzione primaria

single con due figlie (2011, 2013)

ha 4 fratelli e 6 sorelle

non lavora

A: Ask her if a woman usually speaks with men about delivery, pregnancy and so on

J: If you are living together with your husband you can talk about that, no problem

A: And with parents?

J: For papà no

A: And brother?

J: Mother only

A: And rafiki [amici]? Male rafiki?

J: Maybe for other they can say with man but for her I think..

A: Can you ask her to explain to me how women behave during their pregnancy, when and how she knew she was pregnant, if she has to do or she hasn't to do

something, eat something...everything!

J: To do the don't to do the heavy work or hard work..to do the simple simple..

A: She has to eat something?

J: Matunda [frutta], maziwa [latte]

A: And there's some fruits she doesn't have to eat, she mustn't eat?

J: She eat all

A: When she discovered she was waiting Paolina, when did she tell her parents she was waiting? When and to whom.... to her mother, her father… husband?...who the first, the second?....

J: Mama

A: Then?

J: Husband

A: Na baba hapana? [E il padre no?]

Jackie: Hapana [No]

A: Rafiki? Na dada? [Amici? La sorella?]

Ja: Mama tu! [Solo la mamma!]

A: Lini? [Quando?]

Ja: Mwesi wa nane [Il quarto mese]

A: Na mama amefurahi? [E la mamma era contenta?]

Ja: No

A: Kwa sababu alikuwa Jackie mdogo [Perché Jackie era ancora piccola?]

Ja: Yeah

A: And then, can you ask her if she was afraid of delivery, and why not?

J: She was not afraid because the day of the delivery was over, so she was very desired to get a baby so she saw that is very normal for her, that is why she was not afraid and maybe because..ah, she was afraid but for smaller extension..

A: Kama? [Come?]

J: She was afraid but it's not such a nice thing

A: Does she think that the delivery is dangerous?

J: She doesn't think

A: Why?

J: She can't never express to delivery save without getting operation all babies delivered by operation

A: Yeah, but also does she think that delivery by operation is dangerous?.... or not?

J: No, she thinks that is safe

A: And does she think that not knowing normal delivery is because she didn't try?

Ja: Sijui [Non so]

J: She doesn't know coz never explained this

A: Wasn't she afraid at the idea to be cut, to be opened..

J: She wasn't afraid because there was ganza [anestesia]..sindano ya ganza [iniezione di anestesia]..she wasn't feel the pain..that's why she wasn't afraid

A: When she was waiting Jackie, she was afraid because it was the first time she delivered, isn't it?

J: She wasn't afraid because she was in a pain of getting baby so she wasn't afraid, she was thinking it was better to get the operation coz she was pain in getting baby, uchungu [contrazioni]

A: Why did she have the operation with Jackie?

J: I think the normal way to getting baby was just failed

A: Ah, she tried the normal and she failed?

J: Yeah

A: Does she know why?

J: No, the baby can was bigger than the place to come over

A: And how was her feeling with the doctors? Does she like doctors? ...what about hospital, doctors and nurses during the delivery and before… I mean, she liked the hospital services or not?

J: Yeah, she liked

A: And does the doctors explained to her well why the cesarean section, and how was she and the baby?...

Ja: Bado [No]

J: No

A: No?

A: And is this good?

J: Ah..it's not good I think..the doctor have to explain for that

A: And did she like the doctor explained or shewas not interested on explanation?

J: She would like because she knows a little bit how to care baby, so she takes that as normal a little bit

A: So it is not important that the doctor explains

J: Is important, but for her because she know a little bit of that deliver area and how to care baby, that's why she decided to come back home and be with baby at home..but she it's very important for the doctor to teach them before and after getting a baby

A: Yeah, and before getting a baby, did the doctor explain to her why the cesarean section?

J: The baby was not..

A: Wrong position?

J: Yeah. Was in wrong position, was not in..

and the day of getting baby was over and ahed the normal day

A: What about sorcery?

A: Ask her if there someone here in Ipamba who delivered at home and not in the hospital

J: Yeah, there is one called mama Lucy..she's living.. she was getting deliver at home but the baby was died on the way for the hospital

A: Why why did she go to hospital to deliver?

J: She said that she have to go to the hospital coz first the hospital is near the home is very safe wait to get deliver to the hospital then home..that's why

A: Why is it safer?

J: There's a full service of getting delivered than to get home. Home I think is very local

A: So because was near and it's safer in the hospital

J: Yeah

A: What happens if a baby die? Why it could be that a baby is born dead or dies during the delivery?

J: She doesn't know

A: Perhaps, because of the delivery? Because there is complication or something

like this? Try to ask her if it could be possible that a baby is going to die because of complication linked to deliver

J: Yeah, there is possibility of this to die due to complication

A: But she wasn't worry about Paolina?

J: Yeah, if you'll not be care it will be happen but about her she was very care and that's why she was got to the hospital early

A: So does it depend on the mother or on the doctor if the baby die?

J: The care is on the mother

A: How could she prevent the death of the baby?

J: To go earl to the hospital and to be careful during the delivery..if you have to the deliver by the normal way you have to be care

A: In which way?

J: Maybe during the push up or the baby get out

but if you'll be not care for that or take it easy

A: Ok but she's saying that during the pushing up, the woman has to be careful?

J: Yeah

A: Ok, so if during the delivery the baby dies it's the fault of the mother and not of the doctors, or nurses..

J: I don't know, she said that is care of the mother

A: Does she think that maybe the doctor could be not so good and the nurse not a good nurse?

J: Yeah, it's possible, even if the doctor...

A: And is possible that if a baby dies, it’s because of the nurse?

J: Yeah, it's possible

A: And does she know how someone lost the baby during the delivery?

J: Only one, who was going to have the deliver at home and..

A: Ah, this mama lucy?

J: Yeah, she doesn't know any other girl

A: Her mother delivered at home or in the hospital?

J: To the hospital

A: Na bibi yako? [E tua nonna?]

J: She doesn't know

A: And do you have to pay here for delivery?

J: No, it's free charge

A: And who taught her how to have care of the baby? How did she know?

J: Clinic. They get that short class during the first clinic

A: What do you mean? The first delivery?

J: No no no..before..when she was get at pregnancy there is a tendency of going to the hospital and to check if the pregnancy is good..so during that short class the just told them

A: It was like a class?

J: Yeah, it's like a class

A: Here?

J: Yes, starting to the pregnancy up to the baby born

A: But here in the hospital of Tosamaganga?

J: Yeah, there

A: And who is the teacher?

J: The nurses

A: And do they teach also about breast feeding?

J: Yeah, also.

A: Before the delivery?

J: Yeah, before the delivery

A: And she went to this class only for Jacky or also for...but I don't understand: is it like a class or is it personal? Are there a lot of women together or only one?

J: You have to be in group but to get that short class you are going personal to a special room the nurse she talk to you something about that ..

A: And how many times she went during the pregnancy?

J: For the first month is maybe from the second month you have to go after two months..after one months, than after each week..than you have to stay to the hospital to wait the baby born

A: Can you ask her if it is unlucky to talk about pregnancy and delivery before the delivery?

J: She said that for other thing is better but for her she doesn't know if is not better or is better but for us everything is normal, you can..

A: Is it normal to speak about?...

J: Yeah yeah..

A: No problem?

J: No problem

A: And also to speak about the possibility of the death of the baby is normal?

J: There is..depend to the God so you can talk, that is..we love God, God love us, if happen it happen if not not, so you can talk

Veronica 6/05/2013

nata nel 1989, etnia Hehe, di Ipamba, istruzione secondaria

single con un figlio (2009)

ha un fratello e due sorelle

è la baby sitter della figlia di Giorgia

A: Can you ask her where she delivered?

Veronica: Hospitalini [in ospedale]

A: Kwa nini hospitalini? [Perchè in ospedale?]

J: Because is safer and is near

A: Umependa kusaliwa hospitalini? [Ti è piaciuto partorire in ospedale?]

V: Ndyo [Si]

A: Ulipenda daktari na nurse? [ti è piaciuto il dottore è l'infermiera?]

V: Ndyo [Si]

A: Does she delivered with operation or normal?

J: Normal

A: Ask her if she was worried before..

J: (risata), yeah!

A: She was worried for what? Because of pain or because of the baby or her?

J: For the pain

A: She wasn't worried about the baby?

J: No

A: Kwa nini? [Perchè?]

J: Because the report of her child during he was in the stomach was well during the increase of the baby and also she was just worrying about the pain she was thought her baby was good

A: But the moment of the delivery is it dangerous or not?

J: Yes, it is dangerous because maybe the baby can die

A: Why the baby can die?

J: The mother can, they can be tired and lose the force to push out the baby, and the baby can be died during the space of get out, more slow than normal

A: But she wasn't worry about the baby

J: She weren't worried

A: And did she feel pain?

J: Yeah, there is big big big pain you have to save the life of her baby she had to bring out, to be strong

A: Did she cried?

V: (risata) hapana hapana!

A: Why?

J: There was a pain but she were very strong, she's strong

A: And was she happy to deliver in the normal way or she would have preferred the operation?

J: She was happy to deliver in normal way

A: Kwa nini? [Perchè?]

J: She thought maybe to deliver through operation is more dangerous

A: Kwa nini? [Perchè?]

J: Because during the operation there is something lack, the can be lack for electricity and she can loose a lot of blood so maybe she can die her or her baby

A: And does she know someone who died during delivery?

J: No

A: And, ask her if she went to the clinic.

J: Yeah, she were

A: Kwa nini? [Perchè?]

J: For working delivery in the stomach was the baby going well or not?

A: Ask her if they taught her how to breast feeding..

J: Yeah, they were just thought about the breast feeding about to care of their pregnancy and the last period of getting baby and to if they feel any symptom they have to go earl to the hospital

A: And did her mother say something about child care? Before and after…

J: Yeah, her mother she was just told her the stuff she needs during she's going to give birth there is some stuff needed and also she was told her after give baby how to care the child, how to care for her child

A: Stuff kama..[come]

J: Dishi, chai, ngou kwa mama na mtoto..chupa chai [piatti, tè, abiti per la mamma e il bambino, thermos]

A: Have there been any complication?

J: Hapana

A: Ask her if during the pregnancy you have or not have to do something, food, mazoezi [esercizio fisico] and so on..

J: You can eat any food, what you want

A: And after the delivery, she can eat any food?

J: Earl soon after getting baby there's something like mtori mixed beef soup and the best food for milk

A: Why did she choose Hamilton and George?

V: Jina na Hamilton nilipenda [Mi piaceva il nome di Hamilton]

A: Na George? [E George?]

J: She baptized him George, we have to give him a bless so in that way you have to give the name of the child which you want and most of the name must be from the bible so during that...

A: So for the church is not Hamilton?

J: For the church is George

A: And why not Hamilton too, for the church?

J: They disagreed, they said is not a catholic name

A: Ask her if she knew some nurse? Any nurse in maternity

J: She know. But while she was delivering there weren't nurse she knew

A: And was she happy or she would have someone who she knew or not?

J: The time she was just delivered the nurse who were there that time she don't know them

A: And was also the doctor there, or only the nurse?

J: There was a doctor, it was a sister, she were living in Tosamaganga but she was a doctor, but now she's not in Tosamaganga hospital, I think she already transferred to an other place

A: And how long was the delivery?

J: She started to feel the pain saa 9 usiku [alle 9 di notte] and she went to the hospital saa 3 asubhui [alle 3 di mattina] and she stayed to the theater from saa 3 asubhui up to saa 12 jioni dalle 3 di mattina alle 12 di sera]

A: Long! And why did she wait before going to the hospital?

J: She was here

A: Kwa nini hapa? [Perchè qui?]

J: Is not far from the hospital, that's why she just decided to stay here

A: Why didn't she go immediately, when she started to feel pain?

J: She was just waiting to be the big big pain

A: Did they cut? The episioctomy, is when they cut to open, to enlarge the way.

J: Yeah

A: Has it been painful?

J: (jeremy, it must be) there was pain coz they cut without ganza (anestesia) when they were just trying to return in the normal way there was the big pain

A: Without ganza? They kushona without ganza?

A: And ask her if is worst the cut or the kushona [ricucitura]

V: Kushona

A: Why without ganza?

J: They said it's normal, they are going to cut without ganza, they don't cut large, just small

A: And why kushona without ganza?

J: Because they said it's normal, usually they do that

A: And did they explain to her what they were doing?

J: Yeah

A: And did she ask for ganza or not?

J: She was just asking for ganza and they said no

J: After kushona there is some kind of medicine they just like kupata [mettono] and later it will be removed itself

A: And ask her if is normal that they cut to enlarge the way

J: Normal

A: Did she talk about delivery with friends? Female friends

J: Yeah, she did

A: Kabla au badae? [before or after?]

J: After

A: And not before?

J: No

A: Why not before? I mean to ask what's going on.. what happens..

J: It depends, other one when you go and ask they are not like to tell you

A: Why?

(Jeremy) Only jealous

A: Why?

(Jeremy) But it's depend on people. People is not..

A: Jealous? They are jealous? Why?

(Jeremy)This is natural thing of the people..

A: So they're jealous because they delivered and.....

(Jeremy)she's going to deliver too

A: ..so they don't want that she..

(Jeremy) maybe, maybe

A: ..why? It's strange

(Jeremy)yeah...they just like to kill your child...there is someone, in term of that jealous, there is someone they just even decided to kill your child...your...yeah, something like that…..I mean, the one maybe already delivered...so when you are going to ask them about delivering they don't like even you to have a child

A: why don't they like?

(Jeremy) that's why we say she's jealous...is think which is natural, it depend on the people, other one have jealous, other one don't have

A: ok. But I mean, what about killing the baby? I'm pregnant now, and I'm going

to Veronica to ask her about delivery and so on… I fear that she wants kill my baby? She fears that I want kill her baby?

(Jeremy) Maybe you don't know nothing about veronica but maybe veronica she don't like you to have a baby so she can do everything in order to your baby be died or, if you ask something about delivery she would be no ready to tell you because she don't like you also to have a baby so something like jealous

A: Ok, because to have a baby is a very good thing?

(Jeremy) Maybe, maybe, maybe

A: Why doesn't she want that I have a baby? Why?

(Jeremy) A kind of reasons...that's why I think it depend on people

A: So, it's better if definitely I don't try to ask her… so she didn't try to ask someone..

(Jeremy) because she was fear..

A: Ok, In which way someone could kill your baby?

(Jeremy) You know...that way we call sorcery…mostly dominant here..

A: What does people have to do to use sorcery?

(Jeremy) Ahh...I can't know, I'm not well aware about sorcery

A: Try to ask her..

(Jeremy) about sorcery? (very little enthusiastic…)

A: Yeah

J: She don't know, she's not aware about sorcery

Leonida e Paolina 10/05/2013

Leonida: nata nel 1980, di Ipamba, etnia Hehe, istruzione primaria
ha 7 fratelli di cui 6 deceduti
sposata nel 2003 ha 3 figli (2002, 2006, 2012)
lavora nella guest house del Cuamm

Paolina: nata nel 1962, di Mdabulo, etnia Hehe, istruzione primaria
ha 3 fratelli e 3 sorelle

sposata nel 1986 ha 5 figli, il primo deceduto (1990, 1995, 1998, 2002, 2009)
lavora nella guest house del Cuamm

A: Ok…can you explain them what I am doing and that I'm going to put some questions to them about pregnancy and delivery?

J: Yes.

A: Do they think that delivery is dangerous?

J: Yes it is dangerous because when you are pregnant you can die…so yes, it is dangerous!

A: And why can you die?

J: Maybe you go late to the Hospital, or the baby is not well and he remain on the stomach …

A: And in their opinion, what is better, the operation or the natural delivery?

J: They say normal way is better than operation

A: And which tribe do they belong to?

J: Hehe tribe

A: And what about umbilical cordon?

J: They use it in a protective way to become productive

A: And are there some other causes for infertility?

J: They say someone has not ability to produce gametes…both woman or man…

A: When they had their first baby, did they ask their mother something about pregnancy or delivery?

J: Mostly they learn from clinic

Brigitta e Daria 11/05/2013

Brigitta: nata nel 1970, etnia Hehe, istruzione primaria
vedova con 2 figli (1990, 1994)
lavora nella guest house del Cuamm

Daria: nata nel 1965, di Ipamba, etnia Hehe, istruzione primaria

sposata con 3 figli (1987, 1989, 1993)

lavora nella guest house del Cuamm

A: Can you ask them if they know about the protective function of the umbilical cordon around the neck?

J: Yes they know and at the past they used it a lot, but this time less

A: Are they from hehe tribe?

J: Yes, both

A: How long are they living in Ipamba?

J: A lot of years…

A: When was she born?

J: 1965

A: And was she born in a Hospital?

J: Yes…

A: Can you ask them if they think that delivery is dangerous?

J: Yes they think it is dangerous, because in normal way you can lost a lot of blood when you deliver and operation also is dangerous…you can die even still you are pregnant, not only during the delivery…both are dangerous

A: What are the risks linked to the normal way?

J: To the normal way maybe you went late to the Hospital and so doctors can't help you…

A: And which one is more dangerous?

J: The same

A: But are there some other reasons that make delivery dangerous?

J: Maybe if you take medicines who make abortion…

A: And what do they think about the risk of infections or blackout during operation?

J: Infections? But when? After the birth?

A: No, during the operation…

J: Ok, I'll ask.

J: No, they don't think infection is too much dangerous, but if you have a lot of fat in your body maybe it could be, but mostly it is not so much dangerous…

A: And so, why is operation dangerous?

J: They said both are dangerous not only operation

A: Here, in this place, are there medicines for abortion?

J: Yes

A: And are there a lot of women who asked for them?

J: In that case you have to follow the doctors maybe they know about that…she don't know about that…

A: Ok. And, is it painful the delivery, in their opinion?

J: During?

A: Yeah, during…

J:Yes, really painful…

A: But women here usually don't cry…why?

J: There are other who cry other not…they didn't cry, they were strong

A: Did they deliver in a normal way or with operation?

J: Normal way

A: Do they think that now there are more operations than in the past?

J: Yes

A: Why?

J: Maybe it's God's will because when it's the time you must deliver, the way of the passage opens but sudden it closes so you have to get operation so it's just God's will… they don't know…they think it's God's will…

A: And when did they deliver?

J: Only their firsts babies?

A: No, all their deliveries…

J: Daria in 1987,1989, 1993; Brigitta in 1994 and stop

A: In their opinion why could it happen that women have not children?

J: Maybe it is God's will but also maybe due to umbilical cordon…

A: Are there women not married?

J: Yes, it happens

A: Without husband and without baby?

J: Sì

A: And how are they considered from society?

J: In this society maybe it happens the one who has not children goes to another

with children and live with

A: And here in Ipamba is there someone?

J: No…

A: And in Ipamba are there women with husband but without children?

J: Not a lot...

A: And women without husband but with children?

J: Yes!

A: And are women without children marginalized?

J: What marginalized?

A: Oh…not in the center of the social life…

J: No

A: And now the big question…! Can you ask them if it's possible that a baby die during the delivery because of sorcery?

J: They are not sure…

A: And do they know some social supposition about having or not a baby?

G: If you believe, maybe she is not the one who decides…maybe it is just God's will.

A: Why is it so important to have babies?

J: It is important to have baby because if you don't have you would like to have babies… It's a natural thing…it's a natural need…

A: How many children…?

J: It depends… if you can give them services and take care…if you can, you can have a lot a lot of children!

A: And is it important to go to deliver in the Hospital?

J: It's important to go to the Hospital because maybe your delivery-wife is not a good assistant and so it's better in the Hospital because there you can find more assistants and they can help you if there is a problem…

A: So they think that the delivery at the hospital is better than the delivery at home…

J: Yes, to the Hospital it's less dangerous…

A: Asante!

DADE: Asante Sana!

Sofia 16/05/2013

nata nel 1972, di Ipamba, etnia Manda, istruzione primaria
ha 5 fratelli
vedova con 3 figli (1990, 1992, 2010)
lavora come giardiniera in ospedale

A: What does she think about natural delivery and operation?

J: Operation is more dangerous

A: Why?

J: If you want to deliver with operation first you have to sign out…you can even die, so it's really dangerous.

A: But what is the risk? What kind of problems can you have?

J: Maybe you can become weak, so…

A: Could it be a doctor's mistake?

J: She said it's better to deliver in normal way but now there is a lot of diseases and so maybe if they break up your stomach the operation can be feat…

A: And what about the normal way? Is it dangerous?

J: She said that normal way is not dangerous because if you delivery in normal way maybe you…after two months you can be in a normal situation, yes in a normal situation…like past…at the contrary operation take you long time before you are well.

A: And why does it happen that mums or babies die?

J: In a normal way mother can tighten the passage of baby…it can be a sufferance…

A: And what about sorcery?

J: She says there is not sorcery…

A: And why?

J: It is not possible!

A: Bus is she afraid of sorcery?

J: Yes, she is afraid

A: And how did she deliver?

J: She had three children and she delivered in a normal way…and when she was pregnant she made a lot of exercises so it was easy the delivery…

A: And what about umbilical cord?

J: There is the same tradition…it could be a protective way…

Agnes 20/05/2013

nata nel 1986, di Ipamba, etnia Hehe, istruzione primaria

ha 5 fratelli e 5 sorelle

vedova con un figlio (2000)

ha un piccolo banco in cui vende frutta e bibite

Agnese: Could you ask Agnes when she got married?

Jeremy: 1997

A: And when did she deliver?

J: 2000

A: Oh, It's a long time after marriage..and why did they wait so long?

J: Oh sorry… mistaken! She was married in 2000 and the baby was born in 2000

A: Ah ok! And did she have a normal delivery?

J: Yes normal way

A: Was she happy or did she prefer to have a caesarian birth?

J: She was very happy of the normal way.

A: Why?

J: Operation is dangerous

A: And is the natural delivery not dangerous?

J: It's not dangerous.

A: OK…and if it happens that the baby dies, normally what are the reasons?

J: Sometimes it is default of the mother and sometimes maybe God's will … sometimes it happens…

A: Yes… And did she go to the clinic?

J: Yes

A: And can you ask her if she liked it?

G: Yes she liked

A: And how did she find the doctors' services?

J: It depends

A: And was the delivery really painful?

J: During the delivery she got painful, but after not

A: Did she cry? Was she scared?

J: Oh yes she cried

A: And did the nurses beat her?

J: No, no

A: And did they tell her not to cry?

J: Yes.. But it was her first time so she was scared

A: So, she was afraid…

J: Yes, because it was her first time…

A: And was she afraid also before or only during the delivery?

J: Just during…

A: During...and was it long…I mean…

J: The time baby came out?

A: Yes, the length of the delivery

J: Not so much

A: And were there some complications?

J: Hapana [no]

A: But she was sick after delivery, your mother told me she had had problems after the delivery..

J: Yes after the new birth she was in an abnormal way…she had not senses

A: And how long did it take before she got better?

J: A long time

A: How long?

J: Six hours…

A: And which was the problem?

J: She had loosen a lot of blood

A: And did doctors give her other blood? What did they do?

J: They did injection to stop blood

A: And could you ask her if her mother told her something special after she got married about family, or having babies…?

J: No, nothing

A: And did she speak with friends before the delivery?

J: Yes

A: Friends who had already a baby?

J: Yes

A: And now does she speak about delivery with her friends? I mean, is it a normal subject of conversation?

J: Not lot

A: And now, the big question…what about sorcery?!?

J: Ah… Sorcery? If she is not concern about sorcery? What sorcery?

A: Yes, sorcery linked to babies, delivery…I mean, can she explain well what could it happen with sorcery?

J: Oh…it could happen bad things

A: But wasn't she afraid?

J: Of course she was afraid!

A: Why?

J: She was afraid but she was sure they couldn't do that to her…

A: Why that? I mean, it was because she has not any enemies?

J: Ah ah, I think so!

A: And can you ask her if there are some ways to protect from sorcery?

J: She doesn't know…

A: And does she know someone who has problems because of sorcery?

J: Nobody…

A: And are her friends afraid of sorcery?

J: Someone yes, someone non…

A: And does she know any sorcerer?

J: No

A: So, she doesn't know how to use sorcery…

J: Of course not

A: And can you ask her if she can give us a name of a friend of hers who is afraid because of sorcery?

J: You Know…I've told you yesterday…we have a friend who knows about sorcery but he's not living here, he is living other place…

A: How far is that place?

J: Oh…it's so far! It's where Agnes lived before coming back here

A: But, isn't she born here?

J: Yes she is born here but she transferred…

A: When?

J: Very long time…very long time, more than ten years ago…but she came back

A: And why did she come back here?

J: she wanted to be near with her mother to help her…

A: And also her husband came back with her?

J: Yes but after

A: And now, they are living here…

J: Yes but her husband died

A: Oh, I'm sorry…

A: And is she happy to be here or she would prefer to go back to the other village?

J: She is happy to be here

A: And so here doesn't she know anyone afraid of sorcery or who could speak with me about sorcery?

J: No

A: And could you ask her if she thinks that her mother or her father know something about sorcery?

J: She don't think so…

A: And, can you ask her if when I just say "delivery" she thinks more to a natural delivery or a cesarean one?

J: Normal way…

A: Ok…I think it's all…for today!

Agnes: Welcome again!

A: Asante!

Agnes: Asante

Mama Agata 27/05/2013

nata nel 1974, di Igontwa, etnia Bena, istruzione primaria
ha 3 fratelli e 3 sorelle
sposata nel 1995 ha 5 figli di cui uno deceduto (1996, 1999, 2008, 2013gemelli)
catechista (religione anglicana)

Agnese: So how old was she when she had her first baby?
Jeremy: 27
A: Oh, she was not so young! And the second?
J: Thirty…and quattro sons, she has quattro
A: And are the first and the second girls, aren't they?
J: No…only one lady
A: Ok… Can you explain to her that I'm doing a research and I'd like to ask her some questions, also about sorcery? Be polite ...! [avevo già spiegato in precedenza a Jeremy cosa volevo chiedere a mama Aghata. Mama Aghata aveva appena perso una bambina, per questo gli ho chiesto di essere delicato nell'approcciarsi a lei]
J: Yes, I'll try!
J: She says no problem
A: Ok…so, did she deliver in a normal way or with operation?
J: Only the first one she delivered in operation…because when it was the time of delivery baby was still up and he didn't come down in the natural way of getting out… that's why they did operation…
A: And was she happy to have operation?
J: She was afraid…
Mama Aghata**:** Afraid…
J: Yes she was afraid because you can die…
A: And why can you die?
J: She thinks the baby during delivery…if they did operation maybe doctors can be

careless or maybe there could be problems like fistula…you know fistula?

A: No, I don't know but I've already heard…

J: The fistula is about urine…it's when you urine without stopping and it can happen to women if they have operation…so she was afraid of operation also because of fistula

A: Ok…and what about the normal delivery?

J: It's easier…more natural

A: And can you ask her if she knows why Andrea was born before the time?

J: It happens…maybe because he was ready to…

A: Maybe this could be the moment of the question…about the son who died during delivery…

J: Yeah…

J: She was just told with the doctor that the baby who was dead…she has a problem in the bones…you know between the bones there is some kind of liquid…so it was very impossible to produce the blood, so anyway she musted die…and doctors try to help her giving one liter of blood but she died…

A: And can you ask her if in her opinion having medical explanation for the baby's death can help to manage the pain for the loss?

J: I can't understand…

A: I mean…the medical explanation for the death could in some way help to elaborate the pain, to understand, to accept it maybe?

J: Ok, I'll ask.

J: She was satisfied to know more the conditions…she understand why the doctors…the reason for baby's death…

A: And does she think it was God's will?

J: Well…she never thinks about magical…or that maybe there is a wizard…no she thinks maybe it is God's will

A: But did she say something about wizard?

J: Yeah…but she doesn't think about wizard…it's not because of wizard the death of baby…she said it is God's will.

A: And sometimes, does it happen that women think death is because of wizard and not God's will?

J: Yes

A: But doesn't she believe in wizard?

J: She don't believe on wizard…she believe more on God… so it is impossible she goes to a sorcerer asking 'why my baby is death?'…

A: Why is it impossible?

J: Because she believes in God!

A: So or God or wizard?

J: What?

A: I mean…is it possible to believe in both, God and wizard?

J: If you believe in God you believe in God, if you believe in wizard you believe in wizard. The ones who mixed they are not…

A: So she is not afraid of sorcery…

J: No, she is not…

A: Ok, thank 'you.

[pausa]

A: Is she from Ipamba?

J: No, Mufindi…

A: And why is she here?

J: She works for the church

A: And what does she do? Is she a catechist?

J: Not a catechist…yes she is like a catechist, but of an other denomination…not catholic…

A: I think it's enough…ah, maybe ask her if delivery in normal way was painful!

J: Yes…

A: Did she cry?

J: She don't cry because she knows…

A: And were nurses kind?

J: They were kind…yes they were kind…

J: But she says she had delivery not in this hospital

A: Why?

J: You Know the first baby and the second baby…she get delivery not in this hospital but in Mafinga…the problem of the second baby was…the day she wanted

to deliver it was Christmas Day so midwives and the doctors were at the church…

A: In Mafinga or here?

J: In Mafinga. When she had to deliver she didn't tell doctors…she just tried to deliver alone…and when they came back they see the head of the baby out and they just try to help baby coming…

A: But I can't understand: why she delivered in Mafinga?

J: Because at that time she was at Mufindi and from Mufindi to Mafinga is the same from Mufindi to here…so…but after the problem with the second baby she decided to come here…just because she wanted more attention…

A: And how long is she living in Ipamba?

J: From 2009

A: And does she think that doctor service here is better?

J: Here is better, yeah

A: And would she like to have some more babies?

J: Non, she looks for an alternative to stop having babies…to break placenta…

A: And her husband?

J: He doesn't want more babies

A: So are they looking for a family planning?

J: Yes, they see a family planning…

A: But I don't understand…you said: she wants to break placenta?

J: Not to broke…yeah, she wants to use family planning, one of its method I don't know exactly but it is used to stop having more babies.

A: And why don't they want more babies?

J: She can't take care of them, give them school…

A: Ok…and what kind of job does her husband do?

J: A lot of things…carpentry…houses…

A: And is he from Ipamba?

J: No, from the same place of her…

A: Ok, I think it is enough…asante!

Focus medicina locale 01/06/2013

ROSI: Lueni, this is the type of local medicine, it's for degedege

AGNESE: Is that a kind of disease?

R: That is convulsion, I said yesterday… now here all the people are believing convulsion is disease so that way they need to treat degedege, that convulsion

A: And lueni is dawa for degedege?

R: For degedege, yes

A: So this degedege is for babies, for adults it is treating abdominal pain

but abdominal pain is..

R: ..adult

A: ..is degedege for adult?

R: No, this is abdominal pain, for adult we call lueni, for babies degedege.

A: But what is lueni?

R: Lueni is kind of leaves, small leaves...it is not so big, so it is like this (altezza ginocchio) and it is some smelled

A: And what do they do? They put into water or what do they do?

R: So that they're grounding that leaves, they're grounding and then … in water. So they are leaving that in water, that is for babies. For adult they are just masticating.

A: And do they find these leaves near here?

R: This mama are going to say this: it is not going to be big the size, it is small. But to find it is not soar for get it, even here you can find, it is common.

A: What is that the induce labour?

R: Uchungu means contraction. (ha dovuto insistere un pò e spiegare bene, all'inizio sembravano non capire)

mzee, do you understand mzee? [vecchio]

A: Ndyio [si]

R: Old man, he has to do with local medicine. Now the drug they're using to induce labour, they said the name they don't know because that old man they don't like to show. They are just grounding to give them, without to show it, without the type of

leaves and they said, this mother explained that you have maybe to protect the plague? Without to show it is dangerous kwa abort, they are preventing abortion… but the name of drug

A: Are they preventing abortion?

R: Abort

A: With local medicine?

R: With local medicine, you see… I'm going to tell now if there something about abortion they don't like to abort, they're doing like that to prevent abortion. But she don't understand the names..that old man..

A: Man or women?

R: Women, women… they are not showing the leaves. they are just grounding to give them

A: And all old women know about it or..

R: No, no

A: Just a few?

R: They don't know about this, they are just going asking may you help me, I'd like this and this...the kind of plant they are not showing, they don't like to show because that is business. It's business, they're saving some, so if he will show it means that matter is going to be discovered

A: Yes, of course. So, there's a kind of medicine used to induce labour and a kind to prevent abortion and..

R: Yes, there is, they are calling at mwangiko to prevent abortion they are calling in local language mwangiko

A: In hehe language?

R: Hehe, mwangiko

muvelevele, an other type. This is an other type of local medicine. Now the use of it. They are believing that: those who was get a cesarean section.. .now if you will use this you can't get again cesarean section. The function of the drug it is mainly? to direct the way, so the baby will pass. And there is timetable for using this drugs. they're starting as soon as possible? So they're taking one cup and if Monday or

Sunday you have to select one day per week till the end of 6th month and then you have to stop it at all it will be taking once one cup till 6th month, then you're going to stop, you're waiting the day of labour pains, so you're taking that, you're going to peel that tree, when you'll peel...so you're going to peel that tree after peeling you're going to boil, so you're drinking that water… so you're drinking one cup again during labour. During labour. You're waiting till the starting of labour. You're going to drink while are starting labour. But never drink without labour. Never.

A: After 6th month?

R: After 6th month you're going to stop. Isn't it? Then you're waiting the day of starting labour. When you're feeling pain so you're going to use this. So when you'll start labour you have to tell your mother who will be giving this to boil... you're going to say: mama I'm feeling labour pains

A: So they know about this medicine, is it not a business of old women?

R: This is common, many people they know it..

A: And does it work?

R: So, that mother said that: the first born got caesarian section after that she went for asking this medicine she used this. Now the following child she bared? herself, without caesarian section.

A: Vizuri! You can take it also for the first baby, to avoid cesarean or you have to had a cesarean before?

R: How is it true? Because when you're going to get cesarean there are many reasons? For getting caesarian. section...maybe big baby, contracted pelvic...why you think this drug is reality, it isn't true!

A: Not true. But I...

R: But they are thinking it's true

A: Yeah, I'm interested on what they believe..

R: Yeah, yeah, so they're believing so.. she has 6 this is number 7..all alive, six all alive.

A: And she's taking this dawa?

R: So, that woman she was talking that: she's going now, this tree is near water so up to now she didn't take…because this ruha, it is just here. that treatment it is

possible to found here. So she will go to take it

A: To avoid the caesarian?...

R: Eh yah! To avoid the caesarian section

A: Why they want avoid the cesarean section?

R: So there is an other…,they're fearing because they think if they are getting cesarian section maybe due to wizard….yah! Maybe due to wizard they're going to close you're way now you can't bear normal. So that drug is to avoid problem and to open the way. Kitu kingine?...wizard, yesterday we talked bout wizard.. people they're believing much in wizard…they have the power to destroy them

A: Do they think that caesarian is dangerous?

R: Yeah...they're believing so, caesarian it's a think dangerous to avoid. So, their believes are first of all they're thinking caesarian. section it is wonderful because of the announcement of God saying that you will bear yourself by contraction, now is wonderful to get caesarian section. So it will woman to bear themselves...they don't like to get caesarian section. Even God announced so...he said you'll bear by yourself by contraction but not operation. So they're fearing...they're asking why get caesarian section? If is God's will you'll bearing nice, now you can tell why it's going to believe on wizard...kingine?

An other tings which they fear if they're going to get operation they know the difference to bear on normal: they are going to start even to work early...but if you're going to get cesarian section is going to weaken you, you can't work properly...they're weakening you, your body. So you can't work early. Kingine?

An other tings which they fear (risata)..you know, some husband is like have many children so if they see you getting the caesarian section they know you'll get few children so they don't like to marry if one is getting caesarian section (28.48) so better leave, because you're getting few children, there is limit. Maybe you can get caesarian section for all, why you can't get children, many children ? (29.02) it is due to number of children so some man they don't like.

A: So are they going to divorce from you?

R: Yeah!

A: Are there also other reasons?

R: Kwa sababu ningine?

An other problem we are thinking about death, you can die while you're giving birth, after operation. So this is their believes so they're fearing very much caesarian. section this is a reason they don't like it

A: But the doctor explain why they have to have operation or not?

R: Even us we're trying to explain to them….they're not just operating, there's some reason

A: Yes and so if doctor explain is better or not?

R: It's better to explain, to say why they're going to operate you….you know...this things even I I'm true...because even they are just waiting here to get labour, they're going to stay...they don't like to go to report early, they're fearing about caesarian section...if you're feeling pain is better be patient, wait, when you're going to report soon they are going to operate you. They're fearing.

A: If you report soon that you have labour pain?

R: Yeah, I've started labour now, they fear that's not better to report there. They fear about cesarian section….now they will go to operate..

A: But.. is it true, that….?

R: nooo, just they are fearing. We are trying an other to hide themselves if they have already contractions, lot of contractions, those who was not reporting, they're fearing if I'm going to report early, I'll get a caesarian. section

now here most of them it is their first pregnancy most of them…even the one that have got caesarian. section when she was already 8 months she said she started great pain so they sent her from where she was staying to Iringa government…so she lost every consciousness, she was not understanding what was going on after few days when she recovered doctor was explaining to her why they operated her they said her that they operated her due to that pain now they all they have saved the life of that mama and the dad was lying in loan..

A: And which are the reasons for caesarian section? Do they know?

R: An other thing, position of the baby, abnormal position kingine

an other thing is when maybe the position of the baby can be normal now the cervix was not we're calling entropic cervix that why they're doing surgical suture kingine big baby

A: And it could be that if a girl is too young, she's not wide enough?

R: Let me share, also this is could be a reason, under twenty years they're still young, not mature, under 20 years, the reason to get a caesarian section

kingine...yes, if the pregnant .is very young kingine...an other thing the load ? rupture of membrane

A: What about sorcery? Why a wizard wants you to have a caesarian section?

R: Now. They're feeling just jelaus, you are going to have children? Why? they don't like..so due to jealous so the aim of doing so, they want, they aim to kill me in order to continue to survive

A: Ah… they want to kill you or the baby!!!...

R: Yeah.

A: But… do they want to kill you or the baby?

R: All. That's why they're closing because you remember ? Deliver so you will die with you baby. Just jealous

they said just most of them just a wizard want. Maybe you have a young girl she's going to getting married so they don't like, why she's getting married this one? Now before conceiving you can be ok after conceiving you'll start to suffer

this wizard they're living with big problem how they're believing .. and this mother she was explaining that: maybe you have a daughter now she's going to get married to those who...to that family is it which have development so wizard they don't like it they like when they're seeing you just getting problem, it is their happy so they don't like jealous all of this is jealous

but he's always the wizard alone doing something bad or you can ask a wizard helping you to harm someone...people can ask wizard to do something, paying them..

so, it is impossible to ask because they're fearing to say this one is a wizard, so they can't ask anything

A: And what about witchdoctor?

R: So to to witch doctor it is possible to get to ask help because they're believing maybe you can go to the hospital but failed to get treatment they ask to which doctor and will improve so are not fearing

A: But do you have to pay the witch-doctor?

R: Yes, they're paying like the hospital, the same of the hospital

A: But… before they're going to the hospital and then to the witch-doctor, if the hospital fails?

R: Now they're starting at the hospital then their parents they're asking relatives for medicinal improvement and the hospital they're asking to doctors may you discharge us since we're going to try an other place so they're going to which doctors and there at which doctor there's method by diagnosing you what is your suffering, what is your problem...he's going to provide glad...according, by using this skills

A: But the witch-doctor, is he also a wizard or not?

R: Now, they're not believing if which doctor is a wizard because he's providing medicine to save their life. An that thing which is using local…they're calling lamlii, how to diagnose of disease, lamli. Lamli they're using which doctors so you're going yourself so he's starting to explain without yourself explain you're going just to sit so he'll be to tell you..yes you have this problem cause to this this …. he's talking himself, that is lamli

A: And usually, is he a man or a woman?

R: Mostly a male

Giorgia 16/06/2013

Neonatologa dell'ospedale di Tosamaganga inviata dal Cuamm

G: Io lavoro qui in ospedale a Tosamaganga come pediatra e neonatologa

A: E che situazione hai trovato quando sei arrivata?

G: In ospedale?

A: Si

G: Mah, in ospedale abbastanza organizzato, con i ruoli delle persone abbastanza bene definiti poi dal punto di vista dell'assistenza neonatale che è quella che è il mio lavoro ho trovato un po' il nulla, che poi era quello che mi aspettavo e che sapevo già, nel senso che non c'era nessuno che ufficialmente si occupasse del neonato. Nessun medico in particolare, nessun infermiere in particolare

A: E i neonati?

G: I neonati dopo dopo la nascita vengono tenuti nel reparto di maternità con le loro mamme nel letto con la mamma, fino alla dimissione. Poi se viene ricoverato da fuori un neonato fino alle sei settimane di vita viene ricoverato in maternità, se invece ha più di sei settimane va in pediatria.

A: Com'è l'atteggiamento delle infermiere nei confronti del neonato?

G: Dipende dalle infermiere, ho trovato molta variabilità, ho trovato chi un po' ignora i neonati, forse anche per una questione di formazione, o di cultura, insomma gli manca proprio la cultura di occuparsi del neonato come paziente, come essere a sé insomma. L'abitudine è quella di considerare il neonato come una parte della mamma.

A: E l'atteggiamento nei confronti del neonato da parte delle mamme?

G: Anche quello è molto variabile, all'inizio mi sembrava essere un atteggiamento molto distaccato paragonato poi all'attaccamento della mamma col neonato che c'è da noi mi sembrava che loro fossero sempre distanti..senza tante coccole, senza tanto contatto col bambino..in realtà adesso questa cosa non so, non mi colpisce più, forse perché mi sono un po' abituata o anche perché insomma ho visto che è molto variabile. Cioè ho trovato anche mamme molto più attente, che giocano col bambino...

mah, cioè si, mi sembra un modo più distaccato rispetto al nostro, se devo paragonare quello che abbiamo noi, cioè quello che fanno loro con quello che facciamo noi, però ho comunque ho visto mamme che si preoccupano molto, le ho viste all'inizio mi sembrava che non fossero più di tanto emotivamente coinvolte invece dopo nel tempo ho incontrato mamme anche che piangono, che gli passano le emozioni in modo un po' più visibile insomma, e poi ce ne sono alcuno invece che sembra proprio che..le emozioni comunque anche nei confronti del neonato...

A: Giocano con i neonati?

G: No giocare con i neonati non tanto, no..

A: Però tenerli in braccio si?

G: Si si, si. È proprio diverso, cioè non li tengono tanto in braccio secondo me, si, li allattano spesso però al di là dell'allattamento frequentemente li lasciano anche nel letto soli perché loro magari devono andare a lavarsi i vestiti..prepararsi da mangiare..questa cosa da noi non esiste, noi siamo iper protettivi nei confronti del

bambino, nel non lasciarlo da solo, nell'avere sempre tutto sotto controllo..loro un po' meno..

A: Con i neonati prematuri le donne accettano di buon grado di stare nella *kangaroo mother room?*

G: Mah, insomma, dipende. All'inizio non c'è molto attaccamento secondo me, nel senso che vedono questo..magari non si aspettavano di avere il bambino così presto, non sanno bene che cosa fare e i primi attimi non vedo grande attaccamento poi però mi è capitato di seguirne parecchi dall'inizio fino alla dimissione e allora vedi che piano piano c'è un grande attaccamento emotivo al bambino. Anche lì dipende, cioè ci sono delle mamme che hanno accettato la proposta della *kangaroo mother care* benissimo, che poi insomma già dopo il secondo terzo giorno non era necessario andare a sollecitarle, lo facevano già da sole, spontaneamente e mamme in cui alla fine si, forse la *kangaroo mother care* non è mai stata accettata veramente. Che allora magari stavano attaccate al bambino, hanno imparato a cambiarlo, allattarlo però non hanno mai accettato veramente di tenerlo sempre attaccato.

A: E riguardo all'allattamento?

G: L'allattamento direi molto buono. Si veramente buono, cioè, mi sembra che loro si, l'allattamento al seno lo danno per scontato, quasi tutte insomma.

A: E se la donna non ha latte cosa fa?

G: Mah, allora, casi in cui la donna non aveva latte così di per se non me ne sono mai capitati anche perché fisiologicamente è praticamente impossibile che succeda. Cioè se il neonato fin da subito le mamme lo allattano frequentemente il latte arriva. Cioè la mancanza di latte non è mai una diagnosi propria in sé. Però mi è capitato di vedere una mamma che non era riuscita nelle prime settimane ad attaccare il neonato al seno e l'aveva coccolato, il bambino non cresceva ed era venuta in ospedale già si è presentata con il latte artificiale..e questo è stato un caso raro perché secondo me cioè ho capito che era una mamma che come possibilità economiche poteva permetterselo perché si è presentata col latte artificiale, si è presentata col biberon..in altri casi non è così, cioè in altri casi le difficoltà economiche della famiglia non permettono il latte artificiale quindi ho visto qualcuno che gli lasciava un po' deperire i neonati, gradualmente insomma..gli dava quello che aveva dopo però se non ce la facevano i neonati diventavano malnutriti..c'è qualcuno

che credo decida spontaneamente se non c'è sufficiente latte, se c'è qualche problema di sopperire con il latte di mucca. L'ho visto raramente però qualcuno lo fa

A: Qualcuno le consiglia di usare il latte di mucca?

G: No, cioè io quando l'ho visto l'avevano fatto di loro iniziativa, però anche lì dipende molto dal caso insomma. Perché teoricamente non è una cosa giusta ad un neonato dare latte di mucca, non è la cosa ideale, io non la consiglio, dopo però se..

A: E gli atteggiamenti delle mamme nei tuoi confronti?

G: mah molto variabile, non c'è un modo univoco, cioè mi sembra che più…una mamma educata nel senso di istruzione..più mi tratta in modo simile a come un medico è trattato in Italia. Cioè appena mi vedono iniziano le domande, normalmente, cioè approfittano di me nel bene. Altre sono molto intimidite dalla mia presenza non..forse con alcune non si riesce ad instaurare un legame vero

A: Sono intimidite dalla tua presenza come medico?

G: Si si si. Non è detto che siano intimidite dalla mia presenza come bianco, ma anche come medico.

A: E quando chiedi come va ti dicono bene anche se in realtà va male, vero?

G: Bè quello si, quello succede mi sembra di aver capito in tutti gli ambiti. Però all'interno dell'ambito sanitario succede a me e succede anche a tutti gli altri medici. Cioè, la prima cosa che chiedi alla mamma, che è la domanda come va, la risposta sarà sempre bene. Poi solo dopo questo saluto si passa...

A: Spiegano qual è il problema?

G: Eh dipende. Tendenzialmente si ti dicono, cioè i bambini ricoverati si insomma, non è che ti nascondano il problema. Dopo magari certe volte non è facile capire veramente qual è il problema, perché magari ti segnalano un sintomo che poi non è quello veramente importante e poi tante volte mi è capitato che magari la mamma non vuole rimanere ricoverata perché ha dei problemi a casa, vuole essere dimessa, non ha tempo di rimanere così e purtroppo lì si, tendono anche a nasconderti il sintomo, cioè a dire si si il bambino va meglio, in realtà te ne accorgi benissimo che non va meglio, magari ti sta tossendo davanti a te però loro vogliono andare a casa insomma. È capitato più di una volta, anche oggi, un bambino gravissimo, malnutrito in pediatria che sta andando lievemente meglio ma non è assolutamente fuori pericolo, lo vedi, lo capirebbe chiunque che non è fuori pericolo..la mamma vuole

andare a casa. Però è anche vero che non so cosa ci sia dietro, non penso proprio che sia una scelta solo sua, anzi. Infatti dopo indagando ha detto che ha il papà che vuole che vadano a casa e per questo non li manda più i soldi e il cibo per mantenersi qui durante il ricovero. E quindi lei ovviamente chiede di andare a casa perché non ha alternative. Cioè spesso ci sono..io percepisco che spesso ci sono delle dinamiche familiari molto complesse in cui la mamma è solo una parte..magari non ha neanche tutto questo potere decisionale, anzi insomma.

A: E gli uomini sono presenti?

G: Ma da quello che ho capito io è che normalmente no, cioè il marito non è presente al momento del parto non è presente neanche nei giorni successivi... se va tutto bene no, nella normalità no. Poi però nei casi particolari se la mamma viene ricoverata più tempo oppure il bambino ha bisogno di qualcosa magari nei prematuri che hanno un ricovero molto lungo, poi il papà bene o male spunta... poi dipende molto dal caso … cioè ci sono casi in cui il papà non l'ho mai visto e dei casi in cui è più presente il papà che la mamma; cioè tutto è... c'è una vasta gamma... però mediamente... sì non sono assenti devo dire i papà insomma... ad un certo punto spuntano, ecco! Anche per esempio se per caso ti capita di fare un giro in ospedale nel pomeriggio o sera, quando magari non è orario di visita o non è orario normale di attività ospedaliera, vedi l'ospedale che è pieno di uomini.

A: E in generale le mamme sono interessate a cosa avviene al loro bambino, cioè ti chiedono se ha problemi...?

G: Dipende... cioè ho trovato mamma che sì ti chiedono, vogliono sapere, insistono … alcune insistono anche ad avere risposte che non avranno perché magari il problema non è un vero problema... cioè si preoccupano, vanno a fondo della questione sanitaria. Altre, molto più passive.

A: E hai visto qualcosa di particolare sui corpi dei neonati?

G: Allora sul neonato di pochi giorni di nascita mi sembra di no... mi pare che mettano... no no il neonato normalmente ha solo un cappello, perché tutti comprano un cappellino per il neonato, un vestitino eventualmente ma niente di strano.

A: E però ha tipo una benda per il cordone ombelicale?

G: eh... allora considera che i primi giorni il bambino è ricoverato in ospedale e la mamma non... cioè se il bambino non è ancora tornato a casa dall'ospedale dopo

essere stato partorito no, non ha niente di tradizionale cos'. Poi mi è capitato che magari qualche bambino che rientra da casa, allora sì mi è capitato di vedere qualche bimba piccola con una collanina attorno alla vita, un filo di perle attorno alla vita, e questa cosa del moncone ombelicale, no, non ho mai visto niente di strano, no.

A: Cioè neanche nei prematuri?

G: No, no, no. Anche perché quando nascono l'infermiera fa proprio la medicazione del cordone ombelicale per legarlo, tagliarlo e fargli un nodo con una benda pulita …

comunque viene lasciato libero perché si è visto che fa bene lasciarlo libero … quello che facevamo anche noi, che facevamo nei nostri paesi, quello di ?? non va bene, perché non permette che si secchi bene... mi pre che anche qui facciano così insomma.

A: E ti è mai capitato qualche bambino che è stato curato con medicine alternative e poi è venuto in ospedale?

G: Mah... che io sappia no. Però ha volte ho la percezione che sia successo ma che però non te lo dicano. Non è che mi capita tutti i giorni, cioè non è una cosa molto frequente, però credo che comunque non lo dicano spontaneamente insomma.

A: Quando prescrivi delle medicine trovi che le mamme siano contente?

G: Sì... sono contente, fin troppo. Cioè io ho proprio l'impressione che qui in Tanzania ma probabilmente è una cosa abbastanza generalizzata in questi tipi di paesi, ci sia una fiducia riposta nel farmaco, nello sciroppo, nelle medicine eccessiva. Cioè alla fine se tu dai loro uno sciroppo sono contente, vanno via contente... se tu invece dai solo un consiglio come dire altrettanto sanitario come importanza, che non è una medicina, che non ha un nome strano ma che magari è molto semplice, a loro sembra di non aver ricevuto niente … forse non lo fanno neanche insomma. Cioè ci sono alcune malattie che colpiscono i bambini in cui i farmaci gli antibiotici sono inutili e dovresti magari consigliare semplicemente delle azioni molto semplici... io ho sempre l'impressione che non attecchiscano insomma … attecchisce molto di più il flacone colorato di antibiotico …

A: E seguono le prescrizioni?

G: Mah, allora se questa medicina viene data in ospedale no, ossia loro si affidano

alle infermiere. Se devono essere loro sì sì mi sembra che stiano abbastanza attente a capire cosa devono fare.

A: Quindi fanno attenzione?

G: Sì sì in genere..per dire,quando mi capita di vedere che un bambino anche a casa riceveva un dosaggio, glielo danno giusto, mi sembra insomma...però sono tutte impressioni …

A: E in generale ascoltano i consigli sulla cura del neonato?

G: Mah dipende un po' anche lì...cioè nelle mamme in cui io ho stabilito un rapporto un po' più lungo, un po' più di fiducia sono convinta che se anche alla fine consiglio qualcosa che può andare anche un pochino al di fuori della tradizione, loro lo fanno...però nella mamma che magari sì.. con la quale non entro più di tanto in contatto, ho l'impressione che prevalga poi la tradizione…quello che fanno normalmente quello che dicono le nonne ….

A: E con Agata?

G: Era brava…ma lei era già una mamma molto attenta...lei è qui di Ipamba, loro sono nati prematuri, molto prematuri e sono stati in ospedale tanto e lei se ne occupava già in modo molto attento...poi, dopo la dimissione siamo rimaste molto in contatto… ioè lei me li portava ogni settimana per i controlli e...ha volte mi ha chiamato anche alle quattro di notte per un problema che lei percepiva come importante e allora mi chiamava senza nessun problema...cioè è sempre stata una mamma molto attenta. E anche lì quando Agata è stata male era molto attenta, cioè osservava bene la bambina, ogni volta che notava qualcosa di strano me lo diceva, anzi lei non passava neanche attraverso le infermiere, perché ha capito che le infermiere non potevano aiutarla, lei aveva il mio numero di telefono e mi chiamava direttamente .

A: E dopo che è morta l'hai vista?

G: Sì l'ho vista subito dopo, e io le ho detto che mi dispiaceva, che avevo provato tutto quello che si poteva provare e lei mi ha detto che è vero che l'aveva visto e mi ha ringraziato... sì è stata una cosa molto discreta, semplice dopo aveva anche dei parenti lì, non era da sola... poi sono andati a casa e per un po' non l'ho più sentita, ma non credo fosse per niente arrabbiata con me...

A: Comunque ti sembra che abbia accettato serenamente la morte?

G: Sì, sì, a me sembra di sì...cioè anche quel giorno là mi ha molto colpito perché sembrava serena, insomma...cioè dispiaciuta ovviamente però serena. Dopo però l'ho contattata io dopo un po' con un messaggino per sapere come andava l'altro bambino e allora mi ha chiamato si è rifatta sentire...

A: E riguardo al parto, quali sono i rischi?

G: Mah... del bambino sono secondo me legati soprattutto al fatto che se il bambino malauguratamente sta male, non respira bene alla nascita, ha bisogno di rianimazione... insomma difficilmente riceverà una rianimazione pronta e fatta bene.... dipende anche dal caso, dal momento. Questi sono i problemi grossi che vedo... altri problemi che non sono veri e propri problemi ma che sono caratteristici che io ho notato è che per esempio non viene rispettata quella raccomandazione che ormai è molto forte nella letteratura che è favorire il contatto precocissimo mamma bambino anche dopo il parto naturale.. dopo il parto che va bene insomma le linee guida dicono che tu dovresti dare il bambino alla mamma senza interferire nella gestione, il bambino deve stare con la mamma così si può attaccare al seno subito, sta al caldo, insomma si instaura subito una relazione... qua questa cosa non viene fatta. Però è anche vero che io l'ho accettata come un aspetto comunque della tradizione del posto.

A: Tu hai mai provato …?

G: sì è capitato che magari...sì è capitato che magari il bambino che è stato separato dalla mamma piangeva e allora coglievo l'occasione per dire “datelo alla mamma”. Lo facevano, non è che opponessero resistenza, però non è una cosa che loro fanno spontaneamente.

A: Cioè il bambino una volta pulito dovrebbe essere messo vicino alla mamma?

G: Dovrebbe essere proprio dato alla mamma, prima di essere pulito... il neonato quello che non ha bisogno di rianimazione, respira piange non ci sarebbe neanche bisogno di pulirlo, semplicemente asciugarlo un attimo dai liquidi e dopo darlo alla mamma che lo tenga caldo. Questa cosa non si fa, qua. Sarebbe importante però sono anche quelle piccole cose che secondo me sono anche più difficili da cambiare... piuttosto che non so cose più grosse ed eclatanti.

A: E la mamma?

G: Mah, allora cioè quello che so io è che comunque rischia... rischia... può

rischiare infezioni e a volte capitano per esempio infezioni della ferita del cesareo... non che non capitino anche da noi ovviamente, però la percentuale è diversa... e... sicuramente possono subire delle lacerazioni durante il parto … poi dipende, ci sono anche mamme purtroppo che hanno problemi seri, come emorragie post partum... cioè io penso che le patologie del neonato e della mamma non siano poi così diverse... cioè sono le stesse, le stesse che rischiano le mamme anche da noi. Però con una ovviamente con una percentuale di probabilità maggiore perché c'è un sistema di prevenzione e di monitoraggio che è molto più scarso insomma.

A: E cosa ne pensi dell'atteggiamento delle infermiere nei confronti delle donne?

G: Mah... non lo so, cioè dipende anche lì dalle persone...ci sono delle infermiere che mi sembrano che siano più empatiche con la mamma...non so, se il bambino sta male...cioè hanno un atteggiamento che io vedo più normale...ce ne sono altre che sono molto più distaccate …

A: E durante il parto?

G: Mah durante il parto sì non è che ci sia una gran... sì l'assistenza durante il parto... intanto non è una cosa particolarmente approfondita, cioè la mamma a meno che non abbia dei problemi particolari quello che fa è partorire da sola... poi, nelle ultimissime fasi del parto, dopo la fase espulsiva, di solito l'infermiera c'è però … il parto rimane comunque una cosa naturale che fa la mamma... poi ci sono sì certi atteggiamenti che ti lasciano un po'...

A: Le picchiano?

G: sì le picchiano, ma adesso dire le picchiano fa un po' impressione e potrebbe essere anche una nostra... un'esagerazione, un'interpretazione sbagliata però sì è capitato che per esortare la mamma a spingere di più, a respirare nel modo corretto i modi che usano non sono esattamente dolci, sì....

A: e riguardo a fare esercizio prima di partorire?

G: Sì beh, che io sappia dovrebbe essere importante come anche assecondare la mamma a stare nella posizione che preferisce. Alcune vedo che fanno anche un travaglio naturale, anche perché vengono lasciate a sé stesse le mamme... non è che vengono così tanto monitorate... dopo nell'ultima fase fanno il parto da sdraiate...

A: Ed è possibile che il parto possa andare male se la mamma si stanca di spingere?

mah, allora questo io precisamente non lo so, ossia non fa parte del mio lavoro direttamente... penso che sia possibile, sì... penso che succeda anche da noi che una mamma o si stanca perché ha un travaglio molto lungo o che magari non sa come fare, non fa le cose nel modo migliore... l'ostetrica dovrebbe essere una figura che ti assiste a seconda del travaglio che hai e dell'atteggiamento che hai... se è un'ostetrica brava teoricamente dovrebbe darti dei consigli... non mi sembra che qui ci sia tutta quest'attenzione...

A: E il neonato?

G: Non ho tantissime occasioni per vederlo perché in genere arrivo dopo quando il neonato è già nato però non mi sembra che ci sia spreco di informazioni... ma questo in generale... anche nella medicina è una medicina in cui si comunica poco con il paziente. Anche nella pediatria non si, i medici e gli infermieri locali non perdono più di tanto tempo a dare informazioni sulla diagnosi sul perché, sulle cause... medicina e fine.

A: E hai genitori va bene così?

G: Sì, sì non capita spesso che un genitore ti chiami per chiederti “ma allora non ho capito che cos'ha il bambino”...

A: Cosa potrebbe essere una malattia legata al latte materno che diventa velenoso quando la mamma è nuovamente incinta? Mi hanno detto che il bambino diventa debole, disidratato, perde i capelli..

G: La malnutrizione... noi vediamo tanti casi di malnutrizione che cominciano nel bambino quando quel bambino viene smesso l'allattamento in seno perché magari è in arrivo un altro bambino. E allora magari quel bambino diventa malnutrito...

poi è anche vero che l'allattamento al seno è protettivo nei confronti della malnutrizione delle malattie, ma dopo i sei mesi di vita un bambino non va allattato... cioè a sei mesi di vita devi iniziare a svezzarlo, a inserire altri elementi... per cui se a sei mesi di vita... cioè se qualcuno pensa che un bambino di un anno può farcela solo con l'allattamento al seno, è sbagliato insomma...

A: Ma quando una donna allatta è vero che non può rimanere incinta?

G: Mah allora questa è una cosa che vale un po' teoricamente … cioè quello che io ho saputo e che mi è stato spiegato da ostetriche è che è una cosa vera però è una cosa vera solo se l'allattamento in quel momento è esclusivo assolutamente

esclusivo e molto frequente. Cioè se un neonato si attacca al seno poche volte al giorno perché magari è un neonato un po' pigro che non ha tanta voglia di mangiare già l'effetto dell'allattamento come anticoncezionale cade... per cui non è considerato un metodo sicuro... però è vero che c'è un effetto perché è tutto da considerare un discorso ormonale cioè durante l'allattamento esclusivo non riparte il sistema ormonale della mamma che poi permette il normale funzionamento dell'apparato genitale...

A: Ah, il ciclo mestruale è bloccato?

G: Sì è bloccato, il ciclo mestruale non arriva subito ma riparte quando la mamma smette di allattare... però anche lì non è una cosa assoluta, cioè poi è molto variabile... cioè se prendi due mamme che allattano esclusivamente al seno il ciclo mestruale ad una può arrivare a sei mesi, a una a quattro all'altra può tornare ad otto mesi... cioè è molto variabile... è un metodo, cioè può essere considerato un buon metodo anticoncezionale se tu lo consideri come un metodo di family planning... cioè se fra i metodi di family planning consideri anche consigli che se la mamma allatta tanto quel bambino molto probabilmente la gravidanza verrà ritardata è un buon metodo, però non ci devi fare affidamento matematico come un metodo anticoncezionale efficace, perché non lo è insomma...

A: Riguardo al progetto mamme e bambini, mi puoi spiegare cos'è?

G: Sì praticamente allora, il Cuamm ha deciso nel suo piano strategico di impegnarsi nei prossimi anni in questo grande progetto “prima le mamme e i bambini” che vorrebbe dire la decisione di focalizzare un po' le risorse sia economiche che umane nella cura di mamme e bambini... poi questo vuol dire tante cose... vuol dire che tra gli obiettivi il Cuamm si impegna a migliorare l'accesso alle cure ospedaliere di mamme e bambini, per esempio vuol dire che ci sono paesi in cui lavora il Cuamm che non è la Tanzania in cui tendenzialmente il parto e la gravidanza non sono ben seguiti, per cui uno degli obiettivi può essere proprio quello di migliorare la disponibilità di cure in modo che le mamme vadano a partorire in ospedale piuttosto che farlo a casa.

Oppure insieme a questo si pone l'obiettivo di migliorare la qualità di queste cure, cioè non solo di aumentarle e fare in modo che tutte partoriscano in ospedale ma migliorare la cura che poi queste mamme e questi bambini ricevono...

A: Perché il problema qui è più sulla qualità del servizio che sull'accesso al parto assistito vero?

G: Si perché a Tosa, in Tanzania in generale c'è un ottimo accesso al parto così detto in struttura... cioè quasi la totalità delle mamme vanno a partorire in una struttura che sia un ospedale un centro di salute o un dispensario, dopo però bisogna vedere che tipo di cure ricevono, se sono adeguate alla loro situazione, se il personale è qualificato e così via...

quindi per quanto riguarda la Tanzania non è neanche tanto un problema di accesso assoluto alle cure quanto piuttosto di qualità e tempismo... perché magari la mamma va sì a partorire in ospedale ma magari ci arriva troppo tardi e il parto non va bene lo stesso... ecco magari lavorare anche sul sistema di prevenzione.

A: E questo è il primo anno che...

G: In generale prima le mamme e i bambini è partito nel 2012... cioè nel 2012 è stato lanciato e sono stati fatti degli assessment negli ospedali coinvolti per capire la base, da dove si parte, quali sono i problemi principali.

A: Ma tu sei la prima pediatra del progetto..

G: In questo progetto io sono la prima...è da un po' di tempo che a Tosamaganga non arrivava un pediatra tantomeno un neonatologo…

in un certo senso l'attenzione al neonato è giovane anche per il Cuamm... cioè si punta al neonato adesso, in questi anni...

A: Va bene, grazie! C'è qualcosa che vuoi aggiungere?

G: Mah penso che essere mamma per me sia un elemento non so... come avere una laurea in più. Mi aiuta a capire le donne sicuramente perché ci sono passata anche io e posso immaginare le cose che preoccupano una mamma... ma anche sul neonato insomma perché una cosa è studiare il neonato sui libri oppure magari occuparsi del neonato gravemente patologico in Italia, cioè nel mio paese e quella è una questione, però tutta la parte relativa al neonato sano o che magari ha dei problemi non gravi ma che comunque merita attenzione, io penso di averla imparata essendo stata mamma io...cioè tante volte sono quelle cose pratiche che impari facendole..

TAVOLE FOTOGRAFICHE

Tav. 1: l'ingresso dell'ospedale di Tosamaganga.

Tav. 2: mama che ha partorito da poco.

Tav. 3: mamme delle partorienti che nell'"accampamento" preparano da mangiare alle figlie.

Tav. 4: via d'accesso a Ipamba, evidenti i rifiuti.

Tav. 5: strada di Ipamba.

Tav. 6: punto di ristoro.

Tav. 7: cortile interno della casa di mama Jackie.

Tav. 8: Sofia e la sua casa nella periferia del villaggio.

Tav. 9: mama Jackie.