

Patrizia Quattrocchi

I mille volti della sobada. Saperi riproduttivi e pratiche di resistenza nello Yucatan contemporaneo (Messico)

Del massaggio terapeutico detto *sobada*, effettuato dalle levatrici maya dello Yucatan alle donne incinte e alle puerpere, mi sono occupata più volte ¹.

Ciò che non ho esplorato in maniera sufficiente e che costituisce l'oggetto della presente discussione è fino a che punto questa pratica, nelle tante ri-significazioni assunte nel contesto di crescente medicalizzazione del parto, possa essere considerata come una sorta di resistenza quotidiana che le donne maya yucateche mettono in atto nei confronti di un sapere globale (medico, ma non solo) sempre più egemonico.

Prima di entrare nel merito della questione, presento brevemente il contesto yucateco nel quale ho lavorato con certa regolarità dall'anno 2000 alla data odierna.²

Ho condotto le mie ricerche nel municipio di Kaua, situato nella regione orientale dello stato dello Yucatan, a circa 125 chilometri dalla capitale Merida. Si

1 (cfr Quattrocchi 2006, 2007a). Una sintesi del presente articolo è stata presentata al XXVII Convegno Internazionale di Americanistica di Perugia e pubblicata nei relativi atti (Quattrocchi 2005).

2 Il primo contatto con lo Yucatan è avvenuto tra il 2000 e il 2001 grazie a una Borsa di perfezionamento dall'Università di Padova. Nei sei mesi di soggiorno ho iniziato una ricerca sul ruolo e i saperi delle levatrici maya con il fine di individuare similitudini e differenze con il lavoro delle levatrici lenca dell'Honduras che erano state i soggetti della mia tesi di laurea (Università di Trieste, 1999). Nel 2003 quale dottoranda in Etno-antropologia (Università degli Studi di Roma "La Sapienza") sono ritornata nello Yucatan per altri sei mesi, grazie a una borsa di ricerca semestrale del governo del Messico. Nel 2005 ho concluso il mio percorso dottorale discutendo la tesi "Donne e salute riproduttiva in un villaggio maya dello Yucatan. Il caso della *sobada*", beneficiando dell'attenta direzione di Alessandro Lupo. Dai risultati della tesi è nato il progetto di cooperazione tra Messico e Italia "Il Tempo della Sobada", sostenuto dalla Regione Friuli Venezia Giulia e da 11 enti italiani e 4 enti messicani. Nel gennaio del 2006, come coordinatrice del progetto – che aveva come obiettivo il miglioramento della comunicazione tra operatori sanitari, levatrici e donne indigene – sono ritornata nello Yucatan, lavorando poi fino a dicembre del 2009 come *Profesor Investigador Titular* presso il dipartimento di Medicina Sociale del *Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi"* dell'Università Autonoma dello Yucatan.

tratta di un territorio che comprende 12 agglomerati, per un totale di 2556 abitanti (INEGI 2005). La *cabecera*, ossia il villaggio-capoluogo in cui sono presenti il palazzo municipale, le scuole e il centro di salute è l'omonima Kaua e conta la maggioranza della popolazione (2100 persone circa); vi sono poi le *comisarias*, cioè piccoli villaggi-satellite situati nel raggio di qualche chilometro di strada quasi sempre sterrata, e infine gruppi di case isolate, detti *ranchitos*. Il numero complessivo di abitazioni rilevato nell'intero municipio è di 580, con una media di persone per abitazione di 4,81. Il 94,82% della popolazione parla la lingua maya yucateca ma la maggioranza è ormai bilingue (maya e spagnolo).

Kaua è considerato nelle statistiche ufficiali un municipio a alta emarginazione, trovandosi al nono posto tra i 106 municipi dello stato dello Yucatan. L'indice di emarginazione è calcolato in base a diversi parametri tra i quali la popolazione analfabeta maggiore di 15 anni (23,65 per cento), il numero di abitanti in case senza drenaggio né servizi sanitari (58,54 per cento), il numero di abitanti in case senza energia elettrica (9,50 per cento).³ Al contempo, è considerato appartenente alla *zona milpera*, area tradizionalmente agricola in cui fagioli, mais e zucche rappresentano i prodotti principali dell'auto-sussistenza e gli ingredienti base della dieta locale. La vicinanza al sito archeologico di Chichén Itzá e i velocissimi processi di cambiamento che investono l'intero stato, hanno reso il lavoro nei campi sempre più appannaggio della generazione dei padri e dei nonni, mentre i giovani si rivolgono in maniera crescente al settore terziario, al turismo e alle opportunità offerte dalla migrazione verso la costa caraibica o gli Stati Uniti. L'estrema dinamicità della società yucateca nel suo complesso, che interessa anche "quei piccoli villaggi isolati" a cui l'antropologia culturalista nord-americana degli anni '30 e '40 ci ha per tanti anni abituato⁴, è un primo elemento importante da tenere in considerazione nella comprensione di processi sociali complessi che investono - tra i vari ambiti - anche la salute, e nei quali identità, gerarchie, rapporti di potere tra generi, generazioni e saperi vengono continuamente rielaborati e rinegoziati.

L'offerta di salute pubblica è rappresentata a Kaua dal *Centro de Salud* aperto dall'*IMSS-Instituto Mexicano de Seguro Social* nel 1979, grazie al *Programa Solidaridad*.⁵ La clinica consiste in un piccolo edificio situato sulla piazza principale del villaggio e comprende una sala d'aspetto, due stanze adibite alle

3 Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2005.

4 Cfr. Redfield e Villa Rojas 1936; Redfield 1941; Redfield, Parker 1940.

5 Tale programma, iniziato a livello nazionale a metà degli anni Settanta, ha avuto come obiettivo la copertura dei servizi sanitari nelle zone rurali e l'assistenza alla popolazione indigente.

visite o alle emergenze e un ambiente che ospita il *médico pasante*. Quest'ultimo è generalmente uno studente di medicina che, prima della laurea, ha l'obbligo di svolgere un anno di servizio sociale nelle aree rurali, per poi tornare in città, e lasciare l'infermiera locale in attesa di un nuovo collega.⁶

Della risoluzione di problemi di salute si incaricano a vario titolo diversi altri specialisti, tra i quali *parteras* (levatrici), *hueseros* (aggiusta-ossa) *yerbateros* (erboristi) e *jmeen*⁷. Si tratta di professionisti ai quali ci si rivolge in caso di malattie specifiche per le quali si ritiene la biomedicina inefficace; oppure che vengono consultati in maniera complementare, dando di fatto vita a una situazione di vivace pluralismo medico, nel quale il paziente e la sua famiglia scelgono in modo pragmatico e consapevole l'itinerario che in quel momento risulta ai loro occhi più efficace (Zolla, Del Bosque, Mellado 1992; Menéndez 1992).

Latención combinada (assistenza mista) che caratterizza in generale gli itinerari terapeutici riguarda anche le questioni riproduttive. A occuparsi della salute riproduttiva delle donne del villaggio sono gli operatori del centro di salute, i referenti sanitari dei vicini ospedali (l'ospedale di Valladolid si trova a circa 30 minuti da Kaua e l'ospedale di Izamal a circa un'ora) e le levatrici locali.

Durante la gravidanza, il ruolo degli ospedali è marginale e le donne non hanno contatti con queste strutture se non in caso di particolari problemi. L'ospedale diventa un elemento presente nell'itinerario delle donne incinte solo al momento della scelta del luogo in cui partorire, che spesso avviene in prossimità della nascita. Il ruolo del centro di salute e delle levatrici sono invece maggiormente definiti. La conferma della gravidanza, per esempio, avviene generalmente per mezzo della sola levatrice, che viene ricercata dalla donna quando osserva un ritardo del ciclo mestruale. La terapeuta effettua la sua diagnosi palpando il ventre con le mani e individuando una *bolita* (pallina) che indica l'avvio della gestazione. Allo stesso tempo si informa sulla comparsa di sintomi (nausea, mancanza di appetito, inusuale affaticamento e pallore) che possono essere indicativi del nuovo stato. Qualora sia confermata la gravidanza, spesso è proprio la levatrice a invitare la donna a sottoporsi alla visita medica e, in alcuni casi, a accompagnarla. Se la donna ha già avuto altri figli, il suo nome comparirà nello schedario della clinica insieme alla sua storia riproduttiva e alle informazioni sul suo stato di salute; altrimenti avviene un

6 Il servizio sociale rende possibile, a basso costo pubblico, una copertura sanitaria in aree periferiche che altrimenti rimarrebbero disattese; d'altro canto rappresenta l'emblema di un sistema medico nazionale strutturalmente perverso, poco interessato a assicurare un'assistenza continua e di qualità in tali aree.

7 I *jmeen*, impropriamente detti "sacerdoti maya", sono gli specialisti che maggiormente fanno riferimento all'ordine simbolico-rituale, sia nella terapeutica (ci si rivolge al *jmeen* per esempio per allontanare le entità negative) sia durante il calendario (dalla cerimonia del *cha' chaak* per la chiamata della pioggia, a quella per la raccolta).

primo colloquio per identificare e registrare la paziente. Denutrizione e anemia costituiscono in generale i maggiori problemi delle donne di Kaua e dunque il controllo del peso e della pressione, l'esame del sangue e quello delle urine sono i primi accertamenti cui la donna è sottoposta. Solitamente durante questa prima visita viene offerto alle donne un ciclo di integrazione vitaminica e viene svolto un lavoro di sensibilizzazione rispetto a un'alimentazione ricca di frutta e verdura.

Il rapporto con il *Centro de Salud* continua idealmente a cadenza mensile. Nella pratica però la maggioranza delle donne non visita la clinica con tale regolarità, ma solo due o tre volte durante i nove mesi; vi sono del resto ancora alcune donne che non hanno alcun contatto con le strutture sanitarie durante la gravidanza, e che sono seguite prima, dopo e durante il parto esclusivamente dalle levatrici. Si tratta però di un numero esiguo: nello Yucatan come negli altri stati messicani il processo crescente di medicalizzazione del parto è evidente. Si evince non solo dalle continue iniziative delle istituzioni sanitarie per "aggiornare" le levatrici indigene in merito alla fisiologia e ai rischi del parto⁸ ma anche dai comportamenti comuni dell'*establishment* medico yucateco che, in generale, non ritiene le levatrici locali in grado di assistere le donne in modo "sicuro" e che cerca quindi di dissuadere le donne dal ricercarle.

Del resto l'enfasi sul "parto sicuro" e la delegittimazione del personale ritenuto "non qualificato" (come le levatrici tradizionali) sono un tema di ampia esplorazione anche da parte delle istituzioni internazionali. In numerosi documenti seguiti alla Dichiarazione del Millennio - in particolare del *Millenium Goal* n. 5 che si occupa di salute riproduttiva - si evidenzia infatti come il parto debba essere sempre più appannaggio di "personale qualificato" (WHO 2004.) Ovviamente la qualificazione si riconosce e si misura esclusivamente dal punto di vista biomedico, senza cioè chiedersi cosa significhino realmente "qualità" e "sicurezza" in contesti sociali e culturali completamente differenti da quelli in cui parametri e direttive sono stati conati.⁹ Il caso yucateco dimostra per esempio come - nella pratica quotidiana delle donne maya - tali termini siano legati non solo a aspetti tecnici (ambienti igienici adeguati o la disponibilità di tecnologia, per esempio) ma anche a aspetti appartenenti alla dimensione sociale e culturale (come essere assistita da una donna che parla la stessa lingua e che condivide la stessa concezione del corpo e della riproduzione, la presenza dei familiari, l'ambiente confortevole della propria

8 I corsi di capacitación rivolti alle levatrici sono iniziati in maniera massiccia in Messico a partire dagli anni Settanta. Si tratta di giornate formative (in media di 3-4 giorni) in cui le levatrici vengono informate rispetto ai protocolli igienico-sanitari, alla fisiologia del parto e ai rischi riproduttivi. Positività e criticità (tra queste ultime la scarsa efficacia di metodologie didattiche spesso estranee alla formazione empirica cui le levatrici sono abituate e la scarsa utilizzazione delle lingue indigene) di tali corsi sono state ampiamente rilevate tanto in Messico quanto in altri paesi. Cfr. tra gli altri Kelly 1956, Jordan 1989, Cosminsky 1982, Guémez Pineda 1997.

9 Per una critica a tali direttive cfr. Quattrocchi 2007b.

casa, la possibilità di sotterrare la placenta secondo consuetudine, ecc.); tutti elementi a volte sottovalutati da una prospettiva prettamente biologista e organicista, in cui spesso il corpo della donna (e non la donna) è *l'oggetto* di interesse e di intervento.

Mostrerò al contrario come attraverso i loro saperi e le loro pratiche – in particolare attraverso la *sobada* - le donne maya riescano ancora oggi a difendere e a riaffermare un approccio più integrale al processo della nascita, interessato al benessere della donna e del bambino nel suo complesso, e consono ai propri valori di riferimento.

Lavorando con quattro delle nove levatrici presenti a Kaua (*doña* Sofia, *doña* Soco, *doña* Anita, *doña* Evangelina) ho potuto rendermi conto, infatti, di quanto i loro saperi siano radicati, e di quanto al contempo esse siano in grado di rielaborarli continuamente in virtù di nuove esigenze e aspettative del sistema medico, delle loro pazienti o della loro comunità. In questi nove anni di relazione, esse sono state non solo interlocutrici preferenziali per la comprensione delle complesse relazioni tra biomedicina e risorse terapeutiche locali ma anche complici e protagoniste nella progettazione e nell'avvio di numerose attività che si sono susseguite nel corso degli anni e che hanno permesso la condivisione al tempo stesso di esperienze professionali e di percorsi di vita.¹⁰

10 Il progetto di ricerca-azione “Il Tempo della Sobada” (2005 al 2008) ha prodotto il documentario “Sobada. Il dono delle levatrici maya”, realizzato dall’antropologa Elena Vera Tomasin e dalla sociologa visuale Erica Barbiani nel villaggio di Kaua (Videoamante onlus, 2005); il volume “Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de Hoy” a cura della sottoscritta e del collega yucateco Miguel Guémez Pineda e la mostra fotografica itinerante “La casa e la cura. L’esperienza delle levatrici di Kaua”). Tali materiali sono stati impiegati in percorsi di aggiornamento sulla prospettiva interculturale alla salute e al parto diretti al personale sanitario e ai terapeuti yucatechi e in numerosi eventi specialistici e divulgativi sia in Messico che in Italia. Gratificante risultato del progetto è stato l’inserimento del libro e del documentario nei percorsi di formazione istituzionale del personale sanitario da parte del Ministero della Salute-Servicios de Salud de Yucatan, a partire dal 2008. Allo stesso tempo, la presentazione e la fruizione dei materiali sono diventate occasioni per le levatrici di partecipare in prima persona a eventi di discussione e riflessione critica sul loro lavoro. Doña Soco e sua figlia, per esempio, mie interlocutrici privilegiate e protagoniste del documentario, hanno presentato il nostro lavoro al Primer Foro de Parteras, tenutosi in Chiapas nell’agosto 2007. All’appuntamento partecipavano levatrici di vari stati messicani, funzionari pubblici e personale sanitario. Ritengo che doña Soco che risponde alle domande relative al documentario e che accompagna i presenti a visionare le fotografie che la ritraggono mentre soba, siano molto di più di una “restituzione” dei risultati di una ricerca. Si tratta, a mio avviso, di un processo di co-costruzione di un’esperienza che, almeno per me, è stata prima di tutto un’esperienza di vita. Non so se riflessioni come queste mi conducano a ritenere di aver compreso il significato di termini come “risonanza”, “impregnazione”, “empatia” o “co-ricerca” (Wikan 1990, Piasere 2002, Matera 2004); ma sicuramente mi permettono di affermare di aver condiviso con le mie interlocutrici l’intero percorso di ricerca, azione, divulgazione e non solo sporadiche parti di questo. Con la consapevolezza, da entrambe le parti, di avere dei ruoli e dei compiti diversi (loro sanno effettuare la sobada, io so descriverla in un testo), e senza dimenticare autorità e autorevolezze insite nell’incontro etnografico, che non necessariamente però lo pregiudicano. Per maggiori informazioni sul progetto cfr. il sito dell’Associazione di Ricerche Etno-Antropologiche e Sociali A.R.E.A.S www.areas.fvg.it

Ma cos'è la sobada?

Il verbo spagnolo *sobar* indica l'azione di “manipolare, maneggiare, palpeggiare” (Carbonell 1968). Nello Yucatan si impiega questo termine per indicare una particolare manipolazione del corpo che necessita di un lungo apprendistato e di una conoscenza approfondita dell'uso delle mani.¹¹

Per comprendere i benefici e le funzioni della *sobada*, è necessario accennare alla concezione locale del corpo e in particolare all'utilizzo di due termini fondamentali: i verbi spagnoli *componer* e *descomponer*.¹² Il primo indica l'azione di “comporre, porre insieme varie cose o persone adattandole, formare, assestare, ordinare, accomodare, aggiustare”; il secondo si riferisce all'azione contraria di “scomporre, disordinare, disfare, separare”. I due termini vengono impiegati spesso in relazione al corpo umano, soprattutto rispetto alla localizzazione degli organi interni. Di un organo o di una parte del corpo, infatti, si può affermare che *está compuesto*, ossia “composto”, “in ordine”, “al suo posto”, oppure, che *está descompuesto*, ovvero “in disordine” e “fuori posto”. L'idea fondamentale è che il corpo si presenti come un sistema “ordinato”, in cui ogni parte possiede una posizione precisa che deve essere mantenuta affinché la salute sia preservata; e in cui, inoltre, è necessaria una sorta di “allineamento” rispetto a coordinate precise.

La più importante di queste coordinate è costituita dal *cirro* (*ti'tpté* in lingua maya), un organo che i Maya yucatechi ritengono si trovi sotto l'ombelico. Considerato poco più di una credenza dai pochi medici che ne hanno sentito parlare, per la popolazione maya al contrario il *cirro* è un organo importantissimo. È concepito come una *bolita*, una pallina, di cui si può sentire l'esistenza e la vitalità premendo con un dito sull'ombelico stesso e spingendo verso l'interno della pancia. In questo modo si può percepire una sorta di pulsazione che le levatrici definiscono il “*cirro que brinca*” (salta, pulsa). Il *cirro* “*como un reloj*” (come un orologio) regola l'equilibrio del corpo umano e ne rappresenta una sorta di “centro” simbolico.¹³ A volte è addirittura

11 In lingua maya il termine utilizzato per indicare la *sobada* è *yoot* oppure *yeet*, secondo una variante regionale diffusa nella parte meridionale dello stato. Vengono utilizzati, a volte, anche i termini spagnoli *tallar* e *tallada*, che indicano letteralmente l'azione di “scolpire, intagliare, incidere” (Academia de la lengua maya de Yucatán 2003)

12 Il termine maya per indicare il verbo *componer* è *utskinaj* e quello per *descomponer* è *k'askunaj*.

13 La nozione di “centro” in relazione al cirro è stata analizzata da Villa Rojas (1980) in riferimento alla cosmologia maya e alla corrispondenza tra cosmo (diviso in quattro lati con un punto centrale in cui si trova la ceiba sagrada, albero sacro sotto il quale è nata la coppia creatrice) e il corpo (diviso in quattro lati, con al centro il *ti'tpté*). Sul rapporto tra cirro e nozione di “centro” è in corso in questi mesi il montaggio del documentario etnografico “La donna con l'ombelico sul ginocchio”, girato a K'aua nel 2008 da Erica Barbiani (Videomante Onlus). In occasione delle riprese e della ricerca di pre-produzione condotta dalla sottoscritta e da Miguel Guémez Pineda sono emerse nuove e suggestive informazioni sul cirro, definito in alcuni casi “el lugar de donde todos venimos” (il luogo da cui tutti veniamo) che speriamo di poter approfondire in altre

paragonato al cuore, l'organo vitale per eccellenza: “*el cirro pulsa como el corazón*” affermano diverse persone a Kaua e come il cuore, se dovesse smettere di *vivere*, porterebbe alla morte della persona. Il *cirro* non è solo un organo regolatore di per sé ma è anche concepito come una sorta di punto di riferimento per gli altri organi, che devono essere in qualche modo allineati a quest'ultimo (Villa Rojas 1980; Cooper 1993; Good 1995; Quattrocchi 2004). Tale “ordine” è fondamentale per la buona salute dell'individuo.

Questa rappresentazione ideale di uno stato di equilibrio non trova riscontro, d'altra parte, nel “corpo vissuto” ogni giorno, in quanto accade che per differenti motivi legati alle attività quotidiane (il lavoro agricolo o domestico, per esempio) gli organi si “spostino” (*se descomponen*) con estrema facilità. Gli organi interni, infatti, sono percepiti come parti del corpo estremamente mobili, tanto che secondo una delle levatrici di Kaua: “*Todo lo que está dentro el cuerpo se gira, todo por dentro se gira*”.¹⁴ La mobilità interessa diversi organi, per esempio:

*Quest'organo [il cirro] a volte va fuori posto, a volte va di lato, a volte sopra, a volte sotto, si muove molto nella pancia, sembra vivo. Quando lo afferro sta saltando. (Doña Soco)*¹⁵. *Se sta male il suo utero bisogna sobarla, a volte il suo utero è di lato. Si danno medicine di maguey [agave], bisogna bollirle; il maguey è “caldo” e la donna deve metterlo sotto [bagno vaginale], non lo beve, lo mette sotto, dopo aver ricevuto la sobada. E già può avere figli*¹⁶ (Doña Anita).

*Se un neonato cade, la pancia va di lato, tseel u nak' dicono, si gira e allora uno lo talla. A volte lo portano dai dottori, ma non è cosa dei dottori. Io tallo i bambini, anche mio figlio, e già non ha la diarrea (Doña Lupe, apprendista partera)*¹⁷.

Lo spostamento degli organi interni provoca malesseri e malattie che scompaiono solamente quando i primi vengono riportati nella posizione considerata corretta. Ciò avviene proprio tramite la *sobada*, che pertanto può

occasioni.

14 “Tutto ciò che sta dentro il corpo si gira, tutto per dentro si gira.”

15 Ese órgano [cirro] a veces se va a descomponer, a veces se va de lado, a veces arriba o abajo, se mueve mucho en la barriga, parece vivo. Cuando lo sgarro está brincando.

16 Si está mal su matriz, necesita sobarla, a veces está de lado su matriz. Se dan medicinas de maguey, uno tiene que sancucharla, el maguey es caliente y la mujer tiene que ponérselo abajo, no lo toma, lo pone abajo después que la soban. Y ya puede tener hijos.

17 Si un bebé se cae, la tripa se pone de lado, tséel u nak', le dicen, tuerce, se gira, entonces uno lo talla. A veces lo llevan con el doctor, pero no es de los doctores. Yo tallo los bebé, también tallo mi hijo y ya no tiene diarrea.

essere definita non come un massaggio qualsiasi, ma come quel particolare tipo di massaggio che *compone*, ossia “ordina e ricompono” una parte del corpo che si trova momentaneamente “fuori posto”. *Sobar* è una pratica terapeutica diffusissima, che a volte si affianca a terapie offerte dal sistema medico nazionale, altre volte le precede o le segue, nel caso queste si siano mostrate inefficaci o non abbiano soddisfatto le aspettative del paziente.

Nello Yucatan vengono effettuati differenti tipi di *sobada*, a seconda dell'organo che deve essere “riposizionato”. Le possiamo dividere in due categorie: da una parte, quelle legate alla salute riproduttiva femminile (come le *sobadas* legate alla gravidanza o quelle per riposizionare l'utero e trattare la sterilità; sono eseguite sempre dalle levatrici); dall'altra quelle non legate alla vita riproduttiva che interessano anche uomini e bambini (come la *sobada* per *componer* il *cirro* o altre parti del corpo; sono eseguite a volte anche da *sobadores* di sesso maschile).¹⁸

La *sobada* costituisce una delle pratiche più radicate che riguardano la salute femminile e, di conseguenza, tra i vari terapeuti che sono in grado di *sobar*, le *parteras* mantengono - e rivendicano - una posizione privilegiata. Se la *sobada* ha infatti un largo impiego anche al di fuori del ciclo riproduttivo è proprio durante quest'ultimo che si fa più frequente e necessaria. La donna in età fertile è la persona che maggiormente si sottopone a questo massaggio, in quanto ritenuto fondamentale nelle varie fasi della gravidanza, del parto e del puerperio.

La peculiarità di una *sobada* rispetto all'altra non si rileva tanto nella differente manipolazione del corpo, che pur varia nei tempi e nelle modalità di esecuzione, ma nel diverso organo che deve essere “rimesso a posto”. Tra gli elementi ricorrenti, vi è l'utilizzo di una soluzione oleosa (*aceite para bebé* o *aceite de oliva*)¹⁹ da apporre sulla parte del corpo che si intende massaggiare; il luogo di esecuzione deve essere un angolo della casa riparato da occhi indiscreti; la *sobada* avviene quasi sempre con il paziente disteso a terra, in posizione supina e preferibilmente a digiuno; è previsto sempre il massaggio di altre parti del corpo oltre a quella interessata; il tempo di esecuzione è in media di quaranta minuti-cinquanta minuti.

18 In questo lavoro mi occuperò solo della *sobada* effettuata in gravidanza. Per una descrizione delle altre *sobadas* cfr. Quattrocchi 2007a.

19 Entrambi i preparati si comprano in farmacia o nelle drogherie e supermercati. L'olio per neonati (*aceite para bebé*) è una soluzione non molto cara (circa 20 pesos per una bottiglietta da 50 ml), utilizzata dalla maggioranza delle levatrici. L'aceite de oliva (olio di oliva) non corrisponde al nostro olio da tavola ma è una soluzione oleosa che contiene un minimo concentrato di oliva. La bottiglietta da 50 ml è piuttosto cara: costa circa 60-70 pesos e solo poche levatrici la acquistano con regolarità. Un euro corrisponde al cambio attuale a circa 19 pesos.

Componer al bebé: la sobada in gravidanza

Che il bambino durante la gravidanza si muova nel ventre della madre è un dato fisiologico di cui anche le levatrici sono consapevoli. Nello Yucatan, però, questa mobilità assume una rilevanza particolare, in quanto riferita non solo all'osservazione empirica del corpo della donna e alle informazioni acquisite nei corsi di *capacitación*, ma anche all'idea generale che ciò che si trova all'interno del corpo è mobile e che in particolari occasioni possa spostarsi.

L'importanza della pratica non è messa in discussione nemmeno dalle giovani generazioni o da coloro che decidono di partorire in ospedale; al contrario, costituisce una delle convinzioni più radicate che le levatrici di Kaua condividono con le donne tutte, e uno dei *cuidados*²⁰ più importanti cui la donna incinta deve attenersi.

Lo spostamento del bambino avviene a causa di uno sforzo fisico, dovuto per esempio a un eccesso di lavoro della madre durante la gravidanza, all'aver alzato cose pesanti (come un secchio pieno di mais) o a una caduta. In questi casi si afferma che il bebè *se descompone*, ossia *se pone de lado, arriba, abajo* (si mette di lato, sopra, sotto) rispetto al centro del ventre, come dire rispetto al *t'pté*. Allo stesso tempo la sua testolina non si trova più rivolta verso il basso (verso il canale del parto), come prevede la posizione ideale per il parto.

Al contrario dello spostamento di alcuni organi (come il *cirro*), quello del bebè non è concepito come una malattia ma come un avvenimento piuttosto normale. Ciò nonostante, si richiede comunque l'intervento specialistico, senza il quale la gravidanza non procederebbe al meglio. A partire dal terzo mese, dunque, le donne di Kaua si recano ogni mese dalla levatrice per assicurarsi che il loro bambino si trovi nella posizione corretta. Tale posizione, come ho detto, è allo stesso tempo corrispondente al centro del ventre e cefalica.

Per diagnosticare la posizione del bambino, le levatrici pongono le loro mani sul ventre della donna e controllano dove si trovi la testolina del piccolo. Quando questa viene individuata a destra, a sinistra, in alto o in basso rispetto all'ombelico, è necessario *componer* il bebè. Il riposizionamento avviene attraverso una sorta di trascinamento del bambino della durata di circa quaranta minuti.

Al pari delle altre *sobada*, quella per *componer* il bambino avviene per terra, su un panno o un lenzuolo. La donna si stende supina e la levatrice si posiziona al suo fianco, seduta su uno sgabello. La *partera* si unge le mani con un po' di

20 I *cuidados* sono l'insieme delle prescrizioni, dei consigli e delle interdizioni che la donna incinta e la puerpera devono seguire per assicurarsi una buona gravidanza. Riguardano soprattutto dettami alimentari e comportamentali che vengono trasmessi di generazione in generazione dalle levatrici alle loro pazienti e, più in generale, da donna a donna.

aceite para bebé e inizia con il diagnosticare la posizione. Una volta individuata la testolina, e dunque la posizione del bambino, procede al suo trascinamento, piuttosto vigoroso.

Durante la *sobada* la donna e la levatrice hanno occasione di parlare del parto e della gravidanza in corso: si tratta di un momento tutto femminile, in cui i saperi locali legati al corpo e alla salute vengono trasmessi, rielaborati e confrontati con le conoscenze e le informazioni che prevengono dalla biomedicina.

La seduta non comprende soltanto il riposizionamento del bambino, ma anche un massaggio in altre parti del corpo. *Doña* Sofia, per esempio, dopo aver riportato il bambino nella posizione corretta, manipola a lungo le gambe delle sue pazienti: una alla volta queste vengono fatte alzare e massaggiate dal basso verso l'alto; poi è il momento delle braccia, delle spalle, della schiena e della testa, che viene fatta ruotare a destra e a sinistra, con forti pressioni sulla fronte e sulla nuca. Si tratta di una sorta di *stretching*, di pressione e stiramento dei muscoli che aggrada molto le pazienti, rendendole, a loro dire, più rilassate e meno indolenzite.

La *sobada* per *componer* il bambino in gravidanza viene vista con sospetto dal personale medico e sanitario e spesso è scoraggiata, in quanto ritenuta pericolosa per la madre o per il bambino. Si ritiene che il massaggio sia troppo energico e possa indurre all'aborto o causare dei danni non ben identificabili. A questo proposito, ho sempre avuto la sensazione che la perplessità nei confronti di questa pratica fosse dovuta più al generale atteggiamento di chiusura da parte dell'*establishment* medico nei confronti delle pratiche indigene che alla conoscenza di una sua reale dannosità, peraltro non attestata finora da studio alcuno. Ovviamente, ho anche incontrato medici convinti dell'abilità delle levatrici nell'intervenire sulla corretta posizione del bambino e, in generale, più tolleranti rispetto a questa e altre pratiche tradizionali.

Rispetto alle funzioni che la *sobada* assolve durante la gravidanza e alle aspettative che solleva, in generale, la *sobada* mensile ha un carattere "preventivo", ossia le donne si sottopongono alla palpazione del ventre per verificare come stia il bambino, senza presupporre che questo sia "fuori posto." La maggioranza delle volte, però, le levatrici riscontrano una posizione errata, che viene spiegata con gli sforzi abituali cui la donna è sottoposta nello svolgimento delle sue attività quotidiane. Nel caso (raro) in cui la *partera* individui il bambino in posizione centrale e con la testa in direzione del canale del parto, si procede comunque alla *sobada* (più breve e meno incisiva) con l'intento di mantenerne la posizione. Quora poi la donna abbia subito una brutta caduta o abbia eseguito uno sforzo non abituale, può ricorrere d'emergenza alla *partera* per verificare se il suo bambino stia bene o se abbia cambiato di posizione. Così raccontano la levatrice *doña* Anita e una donna di Kaua:

Dopo i 5 mesi a volte il bebè si descompone, la testina va fuori posto. E uno deve componerlo di nuovo. Se la testina è a destra si abbassa piano piano fino giù e poi piano piano si alza dal retro. Mia mamma me lo ha insegnato. Alcune donne mi dicono che è il dottore a mandarle perché gli riposizioni la testina. I dottori non sanno fare questo, e allora vengono qui perché il dottore dice loro che il bambino è in cattiva posizione. Però la maggioranza [dei dottori] non lo dice. I dottori dicono che non è bene ciò che facciamo, se è in cattiva posizione loro fanno un cesareo. Pensano così. Però io penso che è necessario componer il bebè, questo dopo tanto lavoro che ho fatto. Questo ho capito (Doña Anita)²¹.

Soban quando il bambino va di lato, in modo che il bebè ritorni al suo posto, nel centro. Penso che succeda perché facciamo lavori pesanti, lavoriamo, e non stiamo attente. Io quando aspettavo il terzo bambino caddi da una sedia e andai da doña Sofia perché il bebè si era spostato, in modo che ritornasse al centro. E la bimba nacque bene (Doña Dulce, madre)²².

Oltre a riposizionare il bambino, che al pari degli altri organi si sposta facilmente, la *sobada* ha un'altra importante funzione: quella di controllare il mantenimento della posizione cefalica. In alcuni casi la *partera* individua una posizione errata, come per esempio quella podalica in cui il bambino è "seduto" (*sentado*) o trasversale (*atravesado*). Se ciò avviene verso l'ottavo mese di gravidanza, quando il bambino *da la vuelta*, ossia si gira per l'ultima volta in attesa del parto, non si tratta più di uno spostamento manipolabile attraverso la consueta *sobada*, ma di un fatto ben più grave, che preannuncia un parto difficile, quasi sicuramente ospedaliero.

La palpazione del ventre da parte della levatrice ha in questo senso un'importante funzione diagnostica e di supporto emotivo nei confronti della donna: da una parte vi è un controllo organico sulla buona posizione del bambino, dall'altra una rassicurazione continua sulla non necessità di sottoporsi a un taglio cesareo e in generale sul buon procedere della sua gravidanza.

21 Después de los cinco meses el bebé se descompone, su cabecita se quita de su lugar y uno tiene que componerla otra vez. Si está a la derecha su cabecita, se baja se baja y después se va por arriba para atrás. Mi mamá me lo enseñó. A veces me dicen las señoras que vienen por el doctor para que les componga la cabecita. Los doctores no saben hacer esto y entonces vienen aquí porque el doctor dice que el bebé esta mala su posición. Pero la mayoría no lo dicen. Los doctores dicen que no está bien lo que hacemos. Si está malo ellos hacen cesárea. Piensan así. Pero yo pienso que necesita componer el bebé...eso después de tanto trabajo que tengo. Eso entendí.

22 Soban cuando el niño va de lado para que regrese a su lugar en el centro, el bebé. Creo que pasa porque hacemos cosas pesadas, trabajamos y no tenemos cuidado. Yo cuando estaba embarazada del tercer bebé me caí de una silla y tuve que buscar doña Sofia porque el bebé estaba descompuesto, que regrese al centro el bebé. Y tuve que componerlo. Y nació bien la niña.

Come illustrerò meglio in seguito, durante le *sobada* uno degli argomenti più discussi è proprio il taglio cesareo, molto diffuso negli ospedali yucatechi, sia pubblici che privati. Il mantenimento della posizione corretta che, nella percezione delle donne è strettamente legata all'esecuzione della *sobada*, significa pertanto l'alta probabilità di partorire in maniera naturale: ossia senza dover ricorrere all'intervento chirurgico, che rappresenta uno dei timori più diffusi delle donne di Kaua. Di norma le levatrici affermano di poter individuare la posizione cefalica già dal terzo o quarto mese e in generale durante la gravidanza garantiscono un parto normale alla maggioranza delle pazienti. Negli ultimi mesi l'attenzione alla posizione cefalica è sempre più importante, in coincidenza con gli ultimi spostamenti del bambino. Durante questo periodo, nel caso in cui la posizione di quest'ultimo sia normale, si ritiene che la *sobada* serva a preservarla. In caso contrario, le levatrici operano in maniera differente, a seconda della propria esperienza. La maggioranza di esse sostiene di essere impotente e, davanti a un bebè che *está atravesado* (ossia che è in posizione trasversale), avvisano i parenti che al momento del parto sarà necessario trasportare la donna all'ospedale. Le *parteras* più anziane, invece, sostengono di essere in grado di eseguire una *sobada* che riporti il bambino nella corretta posizione, una sorta di "versione esterna", che le giovani generazioni stanno dimenticando.

Si ritiene che farsi *sobar* regolarmente rechi vantaggi non solo durante la gravidanza, ma anche al momento del parto. La donna che si è sottoposta regolarmente alla *sobada* avrà un parto meno doloroso e il bambino sarà espulso con maggiore facilità. Inoltre non ci sarà il rischio che la placenta esca in ritardo o *se pegue* (si attacchi) a qualche altro organo o parte del corpo, mettendo in pericolo la vita della madre; sottoporsi in maniera continua alla *sobada* aiuta infine a allontanare le minacce di aborto. L'efficacia della *sobada* è sottolineata anche a posteriori: se la donna presenta qualche difficoltà durante il parto viene spesso accusata di non essersi sottoposta costantemente al massaggio e di essere lei stessa colpevole del suo malessere.

La *sobada* per *componer* il bambino è dunque una pratica complessa che racchiude diverse funzioni: quella di "posizionare", quella di "mantenere" e quella di "prevenire". È una sorta di controllo fisico e allo stesso tempo simbolico sulla salute della donna e su quella del bambino. Sottoponendosi con regolarità alla *sobada* le donne di Kaua permettono infatti all'occhio esperto delle levatrici di seguire lo svolgersi della gravidanza in modo continuativo e allo stesso tempo si preservano psicologicamente dai timori più diffusi, come quello del taglio cesareo, dell'aborto o di un parto con complicazioni. L'efficacia della *sobada* quale supporto emotivo è stata sottolineata del resto in diversi studi (Jordan 1983; Good 1995). La *sobada* è in questa prospettiva un meccanismo importante, che evita alle donne di dover affrontare situazioni di angoscia e permette loro di comprendere e manipolare un momento, un "evento elementare" (Augé 1986) come quello del parto.

La “resistenza” della sobada

Il percepirsi come soggetto continuamente esposto al “disordine” rende necessaria, evidentemente, l’elaborazione di dispositivi di controllo che possano “dare un ordine” e al tempo stesso confrontarsi con l’ordine esistente. In questo senso, attraverso le pratiche e i saperi che riguardano il ciclo riproduttivo, prima fra tutte la *sobada*, le donne di Kaua si appropriano quotidianamente del loro corpo e della loro salute. È questo un primo aspetto che mi ha fatto ritenere la *sobada* una pratica di resistenza, di genere e culturale allo stesso tempo, come avrò modo di dimostrare nelle pagine che seguono.

Niente affatto spettatrici passive di un controllo del corpo che avviene attraverso meccanismi a loro estranei, le donne hanno elaborato al contrario modalità proprie di pensiero e di gestione del loro corpo, sul quale inscrivono e incorporano (Csordas 1990) - gravidanza dopo gravidanza - la propria storia individuale e sociale.

In una società come quella yucateca, sempre più a contatto con l’idea di una riproduzione medicalizzata che in altri paesi ha significato togliere alle donne la gestione della riproduzione per consegnarla al personale medico prevalentemente di sesso maschile, la pratica della *sobada* rappresenta ancora per le donne maya una possibilità reale di mantenere *anche* in mani femminili la gestione della salute riproduttiva. Con quest’ultima definizione, lo ricordo richiamando l’attenzione su quanto previsto dalle diverse conferenze internazionali (Nazioni Unite 1994, 1996), si intende non soltanto ciò che ruota attorno al parto e alla nascita, ma il benessere fisico, psicologico, sessuale e riproduttivo in senso ampio, che comprende l’intera vita della donna. Si tratta dunque della possibilità per le donne, soprattutto quelle che si apprestano a affrontare il parto medicalizzato, di avere voce in capitolo rispetto ai saperi e alle pratiche che riguardano il loro corpo e quello dei figli che generano.

La *sobada* in questo senso rappresenta un momento legato alla salute che appartiene ancora alle donne: pazienti e levatrici vivono i tempi del parto e del massaggio come spazi individuali ma allo stesso tempo collettivi. La consapevolezza che perdere il “tempo della sobada” significherebbe perdere una parte importante del potere di gestione della propria salute è presente, a mio avviso, nella maggioranza delle specialiste di Kaua e anche nelle loro pazienti.

Ogni volta che si esegue una *sobada* in una casa di Kaua, pertanto, si mette in atto un meccanismo che è allo stesso tempo conoscenza e difesa del proprio corpo. Una modalità di gestione di quest’ultimo che è, in sintesi, un controllo su di sé e sulla capacità di generare, e l’esercizio di un diritto fondamentale: quello di gestire la propria salute riproduttiva nel modo ritenuto più consono ai propri valori e alla propria visione delle cose.

Se guardiamo agli intrecci tra corpo individuale, sociale e politico (Scheper-Hughes, Lock 1987; Lock e Kaufert 1998) e al ruolo delle forze sociali, politiche e economiche nella costruzione dei processi corporei,²³ l'idea di "mobilità" del corpo femminile con cui si confrontano continuamente le donne di Kaua, potrebbe portarci a interessanti riflessioni. Pandolfi nel suo studio sulle donne del Sannio (1991) suggerisce che la mobilità del corpo femminile potrebbe essere intesa come una rappresentazione metaforica di processi emozionali: donne che incorporano la sofferenza sociale - provocata per esempio da un evento straordinario che investe la comunità o la famiglia - e che la esprimono attraverso una sintomatologia del disordine corporeo. Il tema della mobilità del corpo femminile e la sua relazione con la dimensione sociale e esistenziale delle donne è emersa del resto anche in altre ricerche condotte in area mediterranea, come per esempio quelle di Pizza in Campania (1998) o Guggino in Sicilia (1986). Anche Charuty - nel suo studio sulle donne francesi - rileva una corrispondenza molto forte tra disordine sociale e disordine corporeo. Le sue, sono donne in cerca di affermazione, la cui vita interiore è in continuo movimento e in cui i "mali del corpo" (espressi nella mobilità degli organi interni, tra cui l'utero) sono in realtà "mali dello spirito", disagi psichici che esprimono un "sentirsi fuori posto" sul piano sociale e morale (Charuty 1987). Viene allora da chiedersi - qualora accogliessimo queste sollecitazioni - quali possano essere le relazioni tra corpo sociale e corpo individuale nel caso delle donne maya dello Yucatan e se si trovino espresse nel linguaggio corporeo.

I cambiamenti sociali dovuti ai processi di modernizzazione che investono le comunità indigene potrebbero giocare un ruolo importante. Le donne che diventano capi-famiglia a causa della migrazione maschile, quelle che assumono maggiore controllo della propria sessualità o quelle che sempre più sono presenti sulla scena pubblica sono emblemi di ruoli sociali fortemente "mobili", di identità di genere continuamente rinegoziate. Potrebbe essere questa mobilità espressa attraverso l'idea di un corpo continuamente in disordine e sul quale bisogna intervenire per riappropriarsi di un "ordine" e di un "equilibrio" necessario alla sopravvivenza individuale e sociale?

Mi sembra una chiave di lettura percorribile nel contesto maya attuale, quale espressione al tempo stesso di una disuguaglianza e di una rivendicazione di genere. Vi è un elemento importante, infatti, non ancora esplorato, che mi conduce a interpretare l'idea di mobilità come parte costituente dell'identità femminile rivendicata (e non semplicemente sofferta) dalle donne. Mi riferisco al fatto che, seppur le donne concepiscono se stesse come in continuo disordine durante la loro vita, tale disordine viene ricomposto continuamente attraverso la *sobada*. La mobilità del corpo viene, cioè, costantemente controllata, appianata, riordinata attraverso una manipolazione che una donna

²³Cfr. Foucault 1969, 1976; Taussig 1980, Frankenberg 1980, Young 1982, Fassin 1996, Zampléni 1999, Pizza 2005.

effettua sul corpo di un'altra donna. Prendere atto di questo aspetto permette a mio avviso di comprendere i percorsi di costruzione della femminilità non solo come espressioni di sofferenze sociali ma anche come riaffermazione della propria identità di genere e come difesa di un controllo sul proprio corpo e sul processo riproduttivo. Si tratta, cioè, di una "resistenza" nei confronti di processi di subordinazione cui le donne maya sono sottoposte da sempre. L'idea di mobilità, infatti, non è recente: la pratica della *sobada* è attestata nelle fonti coloniali e dunque la questione non può essere riferita solo ai cambiamenti sociali contemporanei. Ritengo piuttosto che le donne maya costruiscano e controllino il disordine simbolico legato alla loro identità di genere da secoli: come processo di resistenza nei confronti di un controllo maschile sulla propria femminilità, che si esprime nell'atteggiamento *machista* dei maschi yucatechi e nello stato di dipendenza ideologica cui la donna è costretta a vivere dentro e fuori l'ambiente domestico. E, oggi, anche come processo di resistenza nei confronti di un altro tipo di controllo: quello della "domesticazione del corpo" da parte della medicina (Foucault 1969) in quanto "macchina riproduttrice di vita" (Martin 1987).

Il concetto di resistenza, presente in studi interessanti come quello di Emily Martin, di Ong (2007) sulle operaie malesi possedute dagli spiriti o delle donne greche impiegate nelle fabbriche canadesi (Lock 1990) alla mobilità come a una metafora che esprime una critica sociale: una forma di ribellione incorporata e un atto di disaccordo in cui il corpo è luogo di rappresentazione di e azione di forze sociali e terreno di resistenza personale e di genere (Scheper-Hughes 2007). In questo senso possono essere messe in luce la potenzialità sovversiva della *sobada* (attraverso cui la mobilità è controllata) e la difesa che le donne maya attuano oggi per non dissolvere questa pratica nella medicalizzazione. Un ruolo importante in questo processo lo giocano le levatrici.

Difendere un mestiere, difendere un sapere

Le levatrici hanno elaborato dei meccanismi di difesa non soltanto rispetto ai saperi femminili sul corpo, ma anche rispetto al proprio sapere nei confronti del sapere medico. Le levatrici che sanno *componer* rivendicano, infatti, esplicitamente la superiorità tecnica e conoscitiva derivata da questa pratica nei confronti del personale medico-ospedaliero. Sono coscienti di come la *sobada* sia un sapere esclusivo e importante, che gli operatori sanitari non conoscono o, a volte, non comprendono:

Se uno ha il cirro e va dal dottore non accade niente. Il dottore non sa, le donne vanno dal dottore e ritornano con le radiografie ma nelle radiografie non si vede! I dottori non sanno niente di questo. In cambio noi sì lo riposizioniamo. Loro stessi dicono che ci sono cose che noi sappiamo e che

*loro non sanno*²⁴ (*Doña Sofia*).

Le parole di *doña Sofia* conducono direttamente al cuore delle complesse relazioni tra sistema medico indigeno e sistema medico nazionale, in cui la capacità di riposizionare gli organi o il bambino gioca un ruolo importante. Secondo le levatrici si tratta infatti della dimostrazione concreta e quotidiana della “superiorità tecnica” del sapere locale rispetto alle pratiche della medicina scientifica. Le *parteras*, infatti, non perdono occasione per sottolineare ironicamente che i medici “*a pesar de tantos estudios que tienen, no conocen esto de la sobada*”²⁵. D'altra parte, la conoscenza che i medici e gli operatori sanitari hanno di questa e di altre pratiche è spesso superficiale²⁶ e in generale la *sobada* viene da loro considerata una pratica inefficace o dannosa. Nei corsi di *capacitación*, per esempio, si sconsiglia alle levatrici di *sobar* la donna incinta, in quanto si ritiene che la manipolazione del feto e la forte pressione delle mani possano arrecare danno alla salute della madre e del bambino. Come ho già accennato, i medici yucatechi non trovano, del resto, molte occasioni di formazione su questi temi, né a livello universitario né durante l'esercizio della professione e dunque, nonostante si trovino a operare in contesti di pluralismo medico, non sono sempre in grado di accogliere l'idea della “culturalità” di ogni sistema di salute²⁷ e dell'importanza di conoscere “dall'interno” i valori, le pratiche e i comportamenti che lo reggono e legittimano.

In questo contesto mi sembra ancora una volta che la *sobada* costituisca una delle tante pratiche antiche che hanno saputo resistere nel tempo, dotandosi di nuove funzioni e significati. In passato indiscussa pratica terapeutica, espressione di una concezione del mondo e dell'essere umano, oggi la *sobada* è uno dei baluardi utilizzati dalle *parteras* in difesa del proprio status. Si tratta di un sapere rivendicato come esclusivo della loro professione e allo stesso tempo come propriamente indigeno. Di questa “esclusività”, del tutto coerente all'interno della comunità, le levatrici di Kaua sono ben coscienti e non perdono occasione di ricordarla ai loro compaesani e agli estranei che, come me, le interpellano. I dottori, certo, “sanno altre cose”, con le quali le *parteras* - consapevolmente, a mio avviso - non si pongono in competizione. Lo fanno, abilmente, dove il sapere medico-scientifico non è in grado di offrire

24 “Si uno tiene el cirro, va al doctor y nada. El doctor no sabe, las mujeres van con el doctor y regresan con el ultrasonido, pero en el ultrasonido no se ve! Los doctores no saben nada de eso! En cambio nosotras sí lo componemos. Ellos mismos dicen que hay cosas que nosotras sabemos y ellos no saben!”

25 “Nonostante tutti gli studi che hanno, non conoscono la *sobada*.”

26 La dottoressa che lavorava nel centro di salute di Kaua durante il mio primo soggiorno nel 2001, per esempio, ha sentito parlare del *cirro* per la prima volta dalla sottoscritta.

27 Cfr. Kleinman 1980; Gaines Atwood, Davis-Floyd 2003.

un'alternativa terapeutica, *“a pesar de que los doctores hayan estudiado todos los libros en Francia, o por allá ...”*,²⁸.

Il caso più emblematico di questa sorta di strategia di difesa che le levatrici attuano - sia sul piano del discorso che sul piano del lavoro pratico - è quello dell'affermazione che *“la sobada evita la cesárea”*, così frequente nei loro discorsi da essere ormai convinzione anche delle non specialiste. In questa affermazione si racchiude, a mio parere, tutta la capacità e l'abilità di queste donne di inventarsi un modo efficace per non soccombere di fronte alla crescente medicalizzazione del parto.

Prima di entrare nel merito della questione, vorrei ricordare che senza dubbio oggi un numero crescente di donne yucateche preferisce partorire in ospedale (circa il 70 per cento; percentuale che scende al 50-60 per cento nelle aree rurali). Al contempo però molte donne continuano a preferire il parto in casa e l'assistenza della levatrice, anche quando hanno facile accesso alle strutture ospedaliere.

Le ragioni espresse dalle donne in relazione a questa scelta variano a seconda dell'esperienza individuale e familiare. In generale, il parto ospedaliero è preferibile per alcune donne per la presenza di strumenti tecnologici che possono essere d'aiuto in caso di emergenza, per la possibilità di partorire gratuitamente quando invece le levatrici chiedono una parcella²⁹, per la possibilità di riposare e di non doversi preoccupare delle questioni domestiche e per la possibilità di usufruire dell'occlusione gratuita delle tube³⁰.

Nel caso della preferenza per un parto in casa si sottolineano invece i seguenti elementi: *“Las parteras no te cortan.”* (Le levatrici non ti “tagliano”, riferito al taglio cesareo); *“Las parteras no te pican.”* (Le levatrici non ti “pungono”, riferito all'episiotomia); *“Las parteras te soban.”*; (Le levatrici effettuano la *sobada*); *“La partera te cuida, te da consejos.”* (La levatrice si prende cura di te, ti dà consigli); *“La partera hace un trabajo completo”* (La levatrice fa un lavoro completo); *“La partera no te desnuda”* (La levatrice non ti denuda); *“En el hospital no te dan enseguida el bebé, no lo puede atender rápido la mamá.”* (In ospedale non ti danno subito il bambino, la madre non lo può assistere subito); *“Con la partera puedes aliviarte en tu hamaca y puede agarrarse uno para empujar, en cambio en la cama no.”* (Con la levatrice puoi partorire nella tua amaca e puoi afferrarti per spingere, invece nel letto no); *“En el hospital no dejan entrar a tu esposo.”* (In ospedale non lasciano entrare tuo

28 “Nonostante abbiamo studiato tutti i libri, li in Francia...o da quelle parti...” (doña Soco).

29 Il parto ospedaliero è gratuito in alcuni ospedali pubblici quando la donna ha seguito il percorso previsto (per esempio un numero di visite minime durante la gravidanza); le levatrici richiedono attualmente dagli 800 ai 1000-1200 pesos per un parto e dai 50 agli 80 pesos per una *sobada*.

30 L'occlusione delle tube che viene praticata soprattutto alle donne che hanno già avuto diversi figli, previo consenso. Sono però a conoscenza di almeno tre coppie che reclamano di non essere state informate dell'operazione. Purtroppo casi di occlusione delle tube come “metodo di pianificazione forzata” sono presenti anche in altre aree indigene messicane, e a volte sono stati denunciati dai mezzi di informazione.

marito); “*Las parteras atienden a la mujer y al niño hasta los 8 días.*”(Le levatrici assistono la donna e il bambino fino a 8 giorni); “*Los doctores no hablan la maya, a veces no te entienden.*” (I dottori non parlano maya, a volte non ti capiscono); “*Los doctores son hombres, en cambio la partera es mujer.*”(I dottori sono uomini, mentre la levatrice è una donna).

Come si vede, le motivazioni che incidono sulla scelta di un terapeuta piuttosto che di un altro sono diverse e di differente ordine. Possono riferirsi a valutazioni puramente economiche o logistiche (per esempio i costi o la vicinanza) o a motivazioni riconducibili all’ordine culturale e sociale, che esprimono la consapevolezza delle pazienti di avere a che fare non solo con due tipi di terapeuti diversi, ma con due differenti visioni del corpo e dei processi che lo riguardano.

Per comprendere come le levatrici contribuiscano a elaborare un discorso proprio da opporre a quello altrui (in questo caso medico) mi soffermerò sulla convinzione che esse possiedano un insieme di pratiche *più complete* rispetto a quelle fornite dagli ospedali e che tra queste una - la *sobada* - sia di assoluta importanza in quanto evita alle donne di essere *cortadas* o *picadas*.

Picar e *cortar* sono due termini largamente presenti nelle conversazioni con le levatrici e le donne di Kaua. La *picada* si riferisce all’episiotomia e la *cortada* al taglio cesareo. Entrambe le pratiche rimandano a un contesto medicalizzato del parto e costituiscono due dei timori più forti espressi dalle donne nei confronti del parto ospedaliero. D’altra parte, proprio lo stretto legame tra queste pratiche e il sistema medico istituzionale permette una delle rivendicazioni maggiori espresse dalle levatrici riguardo alla salvaguardia del proprio lavoro.

Secondo il pensare comune, partorire in ospedale significa necessariamente doversi sottoporre a una *picada* e non di rado anche a una *cortada*. “*Ahora es pura cortada*”³¹ è un’altra frase ricorrente nei discorsi delle donne, levatrici e non. L’alto tasso di cesarei negli ospedali pubblici (più del 40 per cento) e nelle cliniche private yucateche (circa il 70 per cento) è dimostrato dalle statistiche ufficiali (SSY 2005).

Il timore di subire un taglio cesareo è pertanto fondato, e il “tagliare” o “non tagliare” la donna è oggi un’eventualità sulla quale si confrontano i diversi saperi legati al parto. Raramente altre pratiche pre o post-natali che ho potuto osservare in questi anni mostrano una tendenza a opporsi così rigidamente. Spesso, al contrario, è presente una coesistenza tra le diverse opportunità presenti che, come ho detto, portano le donne incinte a muoversi su binari non esclusivi durante la gravidanza. Il caso più emblematico di questo comportamento è costituito dalla visita periodica sia al centro di salute sia alle levatrici. Le stesse *parteras*, così come i medici e gli altri operatori sanitari, si

31 “Adesso è solo taglio cesareo”.

confrontano in maniera non conflittuale durante l'assistenza prenatale; sono loro stesse a invitare la paziente a rivolgersi al centro di salute per farsi visitare, pesare e prescrivere vitamine; allo stesso modo, diversi medici impiegati nei villaggi, in generale tollerano *sobada*, interdetti e consigli alimentari e comportamentali,³² e cercano quando possibile di mantenere discreti contatti con le levatrici operanti sul territorio.

Al momento del parto, però, inteso come atto culminante di un percorso terapeutico che può dunque considerarsi pluralistico (durante la gravidanza è possibile non scegliere tra le diverse opzioni ma utilizzarle tutte), la coesistenza tra i diversi saperi diventa impossibile, così come la negoziazione sulle scelte operative.

La necessità di decidere tra partorire nella propria casa con l'assistenza della *partera* e farlo all'ospedale radicalizza le diverse posizioni e provoca, da entrambe le parti, un aggrapparsi alle proprie convinzioni e una difesa del proprio sapere. Il momento del parto diventa, cioè, il sinonimo di una scelta che la paziente, il marito, la famiglia sono obbligati a compiere, in quanto non è più possibile percorrere binari paralleli di assistenza.

Ciò che accade a Kaua, e che trovo molto interessante per le riflessioni su come le levatrici abbiano reagito alla medicalizzazione del parto, è che questa scelta interessa nelle parole delle *parteras* non soltanto il livello pratico (il luogo del parto, chi lo assiste, le modalità di tale assistenza), ma anche un livello simbolico che ha a che fare con un diverso modo di porsi nei confronti della riproduzione. La scelta vera che emerge ascoltando i racconti delle levatrici e delle loro pazienti, infatti, non è più tra partorire sulla propria amaca o nel lettino di un ospedale ma tra decidere per un parto naturale o per un parto aiutato chirurgicamente, con tutte le implicazioni ideologiche e culturali che due modi così diversi di agire sul corpo implicano.

Sebbene, ovviamente, non tutti i parti negli ospedali siano parti cesarei e sebbene tanto le levatrici che le donne ne siano consapevoli, la percezione comune è che il parto ospedaliero sia strettamente associato a un intervento "esterno" (gli strumenti chirurgici) che incide sul naturale svolgersi del processo di nascita. Al contrario, in un parto in casa, la levatrice interviene solo con la "naturalità" delle sue mani. La scelta ultima delle donne e delle loro famiglie è dunque tra l'alto rischio di farsi *cortar* (in ospedale) o la sicurezza di partorire in maniera *normal* (con la levatrice), ossia senza che si incida chirurgicamente sul corpo della donna. Nel concreto, però, come operano tali discorsi e quali sono i significati che veicolano?

Come già sottolineato da Jordan (1983) i racconti delle levatrici rispetto alla cura e all'assistenza delle loro pazienti sono utilizzati in modo simile a quello

32 Più che di tolleranza, potremmo parlare in certi casi di impotenza davanti a pratiche che, seppur non condivise, continuano a perdurare.

previsto dall'iter medico-scientifico: ossia come “casi clinici” dai quali trarre dati e riflessioni per gli interventi e i discorsi successivi. La difesa del proprio ruolo da parte delle levatrici di Kaua inizia proprio da qui, ossia dal racconto di un caso accaduto o al quale si è assistito. La situazione viene descritta con minuzia di particolari, ricostruendo la scena, i personaggi, i colloqui e i fatti accaduti come se si trattasse di un testo narrativo³³. L'idea che viene sottolineata a più riprese durante la descrizione dell'evento è quella della “superiorità” delle levatrici nei confronti dei medici, ricondotta al fatto che esse non hanno bisogno di *cortar o picar*, ma agiscono utilizzando solo le mani e le conoscenze tramandate loro da generazioni. Diverse volte ho chiesto alle *parteras* di Kaua se fossero a conoscenza di parti avvenuti negli ospedali senza ricorrere al taglio cesareo o all'episiotomia, ossia, secondo la loro stessa definizione, di “parti normali”. Pur non avendo mai risposto negativamente in senso assoluto, la maggioranza di esse sottolinea che, nella migliore delle ipotesi, in ospedale “*te pican*”, cioè effettuano comunque una qualche forma di incisione. In molti racconti, poi, emerge quasi una sorta di compiacimento nel riconoscere il gusto dei medici nell'intervenire chirurgicamente, e spesso le donne e le levatrici vi si riferiscono come a una “voglia” (*gana*) di *cortar o picar* che questi mostrano, piuttosto che a una reale necessità di farlo per ragioni terapeutiche. È questo ciò che emerge da una conversazione con *doña* Lupe, apprendista levatrice e figlia di *doña* Soco:

D. : Che succede negli ospedali, dunque?

R. : Con le levatrici il parto è normale, ci sono solo parti normali, invece in ospedale ti tagliano e fa male. Le levatrici non fanno niente, non tagliano, e uno sa che partorisce bene. In ospedale anche se uno partorisce bene, ti devono tagliare. Il dottore taglia anche se la signora sta bene, affinché il bambino esca più rapidamente.

D. : E le sue pazienti hanno paura di questo?

R. Sì, hanno paura. Invece con noi no. Noi riposizioniamo il bambino, le visitiamo tutti i mesi e se il bambino è “fuori posto” lo riposizioniamo, una volta e un'altra volta. Hanno paura che le tagliano. Così è.

D. : Però i dottori eseguono anche parti normali o solo con taglio cesareo e episiotomia?

R.: Anche se fosse parto normale, provano gusto a eseguire la picadura ! Anche se il parto è normale eseguono la picadura ³⁴.

33 Per un approfondimento sul discorso medico come discorso narrativo cfr. Good 1999.

34 D.: ¿Qué pasa en los hospitales entonces?

R.: Con las parteras el parto es normal, hay sólo partos normales; en cambio en el hospital te cortan y duele. Las parteras no hacen nada, no cortan y uno sabe que se alivia bien. En el hospital, también si se alivian normal tienen que cortar. El doctor corta también si la señora está bien, para que salga más rápido el bebé.

D.: ¿Y sus pacientes tienen miedo de eso?

R.: Sí, tienen miedo. En cambio con nosotras no. Nosotras componemos el bebé, las visitamos todos los meses y si el bebé está descompuesto lo componemos, una vez y otra vez. Tienen miedo que la corten. Así es.

Cortar o no cortar appare, dunque la linea di confine, reale e simbolica, dove i differenti saperi smettono di comunicare e iniziano a confrontarsi. È il punto di rottura, il momento in cui le rivendicazioni, da ambo le parti, si fanno più aspre e conflittuali e in cui la posta in gioco è la sopravvivenza ideologica della propria visione delle cose. Le levatrici accusano i medici di non aspettare i tempi naturali del parto (*la hora del parto*), di avere paura e di voler guadagnare di più.³⁵ I medici accusano le levatrici di trasferire le lo pazienti solo in caso di estrema emergenza (quando ormai non si può che intervenire che con il cesareo) e ritengono le donne indigene fisiologicamente troppo “*estrechas*” (strette) per sopportare un parto vaginale. Le levatrici rispondono ovviamente che le donne indigene partoriscono da secoli naturalmente e che non possono essere diventate tutte improvvisamente *estrechas*, e così via.

L'elemento interessante in questo sorta di dialogo/non dialogo e di denigrazioni reciproche è che le levatrici – per usare una metafora calcistica – giocano in un certo senso d'anticipo: al *parto normal*, infatti, non si giunge solo optando per un un'assistenza domiciliare, ma sottoponendosi costantemente alle *sobada* durante la gravidanza. Le *sobadas* mensili, in cui si riposiziona il bambino, sono pertanto diventate la modalità attraverso cui le donne possono giungere al momento del parto senza complicazioni che rendano necessario l'intervento medico chirurgico.

Si tratta, a mio parere, della manipolazione cosciente di un discorso che le levatrici mettono in atto per difendere la propria professione e che, almeno per ora, appare vincente.

In sintesi, le levatrici si propongono oggi alle loro pazienti non tanto quale alternativa al parto ospedaliero, ma come alternativa al taglio cesareo. E lo fanno ponendosi non in competizione diretta con i medici ma in un confronto “mediato” tra le due tipologie di intervento. L'elemento “mediatore” è proprio la *sobada*. In altre parole, nei discorsi che hanno luogo a Kaua è proprio ciò che le levatrici fanno durante la gravidanza (*sobar*) che permette lo svolgersi di un parto normale al momento opportuno, e non il loro modo di agire al momento della nascita.

Porsi come alternativa al parto in ospedale significherebbe forse dover competere con troppi elementi concorrenti, quali una maggior sicurezza in caso di rischio o complicazioni, un minor costo se la coppia possiede un'assicurazione medica e, in generale, un modello di vita “urbano” che si sta diffondendo soprattutto tra le giovani generazioni. L'aver rivolto l'attenzione verso una paura diffusa a livello di senso comune, quella nei confronti del

D.: ¿Pero los doctores hacen también partos normales, o sólo con cesárea y picadura?

R.: ¡Aunque sea parto normal les da gana la picadura! ¡También en parto normal le dan la picadura!

35 Il costo di un cesareo è piuttosto alto sia negli ospedali pubblici che privati.

taglio cesareo, si è rivelata al contrario una strategia vincente per ottenere indirettamente un “effetto di ritorno” ancora più imponente, probabilmente, che se vi fosse stata una competizione diretta con il personale medico.

Si tratta di un processo di rielaborazione dei discorsi sulle pratiche tradizionali legate al parto di certo non iniziato dall’oggi al domani o per scelta individuale di qualche levatrice; probabilmente diverse “strategie di difesa” della propria professione sono state messe in atto negli ultimi decenni ma chissà questa in particolare abbia assunto sempre più importanza e tra le tante possibili si sia rivelata quella più efficace. Tra le diverse pratiche che le *parteras* di Kaua avrebbero potuto “scegliere” di contrapporre al lavoro svolto dai medici negli ospedali, la *sobada* appare in effetti una delle più adatte, per differenti motivi, alcuni dei quali già ampiamente analizzati:

- la *sobada* è una delle pratiche terapeutiche più diffuse nello Yucatan e dunque ben radicata a livello popolare;
- è la pratica preventiva più importante effettuata durante la gravidanza per preservare la salute della madre e del bambino;
- è una pratica che i medici non conoscono e dunque esprime un elemento di superiorità delle levatrici rispetto al sapere biomedico;
- è un sapere “incorporato” che si lega direttamente all’essenza stessa dell’essere donna, secondo una rappresentazione generale del corpo femminile come “mobile”;
- è una pratica eseguita sulle donne da altre donne;
- è una pratica manuale che non prevede l’utilizzo di elementi “esterni” o “estranei”, oltre all’uso delle mani da parte della levatrice.

Vorrei porre l’accento sull’ultima considerazione. Dell’importanza della manualità della *sobada* ho già discusso occupandomi della sua descrizione e del legame profondo, ontologico si potrebbe dire, che ha con la rappresentazione degli organi interni al corpo femminile: *componer* significa proprio sapere eseguire una giusta manipolazione, in accordo con le idee e i principi che reggono la visione del corpo umano. Vi è però un altro significato che possiamo ritrovare nel termine “manualità” e cioè il fatto, sottolineato più volte nei discorsi delle donne e delle levatrici di Kaua, che per operare sul corpo della donna non si usi null’altro che le mani. Affermare questo in realtà è poco corretto: in alcune *sobadas* vengono utilizzati anche altri elementi terapeutici, come preparati a base di piante o farmaci di sintesi. Durante la *sobada* eseguita in gravidanza, però, ossia quella che viene proposta come “bandiera” della possibilità di un parto naturale, non si usano che le mani.

La *sobada* durante la gravidanza è davvero una manipolazione del corpo nel senso letterale del termine: una pressione, una palpazione, un trascinamento dei vari organi e anche del bambino che fungono da controllo costante del

procedere della gestazione. La manualità della *sobada* è dunque in stretta relazione con la manualità del parto, in cui non si usano strumenti estranei che possano “incidere” metaforicamente ma anche fisicamente, sull’andamento naturale delle cose. Come dire, dalla manualità della *sobada* che caratterizza il lavoro della levatrice durante la gravidanza alla manualità del parto che rende peculiare il suo lavoro rispetto a quello del medico il passo è breve. In un’idea del partorire come di un evento naturale della vita femminile in cui il corpo gravido è integrato in un vissuto sociale e culturale espresso dai saperi locali sulla riproduzione, l’intervento “esterno” non è necessario, se non in casi di emergenza. “Estraneo” è dunque il modo di operare, che prevede l’utilizzo di strumentazione supplementare rispetto a quella attuata dalla levatrice, che invece opera fisicamente e simbolicamente all’“interno” di un contesto culturale che condivide in quanto proprio. I termini utilizzati per il taglio cesareo e l’episiotomia sono emblematici di questo atteggiamento: *cortar* e *picar* presuppongono degli strumenti che possano intervenire chirurgicamente sul corpo della donna, “tagliandola” o nella migliore delle ipotesi “pungendola.”

“*Las parteras no te cortan, las parteras te soban*” è una frase ricorrente nei discorsi delle donne di Kaua, che esprime la contrapposizione di due azioni che vanno ben oltre la pratica in sé ma che appaiono essere espressioni di due modi di vedere il mondo e non solo l’ambito medico. *Componer*, ossia “mettere a posto”, “ricomporre” è proprio l’azione inversa al “tagliare”, ossia al “separare” e al “dividere”.

È nel cuore di questa diversità che la pratica della *sobada* trova i motivi della sua funzione attuale, come pratica fisica e come discorso ideologico. Il corpo della donna è un corpo sul quale si deve agire “naturalmente” attraverso la manipolazione “non incisiva” da parte di un elemento estraneo. L’incisione innaturale del taglio cesareo non è prevista all’interno di un rapporto con il corpo che non ha ancora completamente elaborato il processo di medicalizzazione e che forse ne rifiuta gli aspetti estremi, già peraltro fortemente emersi e criticati nelle società occidentali.³⁶

Un ulteriore elemento diversifica le due pratiche: nel primo caso si tratta di un’operazione chirurgica che avviene in una parte circoscritta del corpo e che incide dunque solo su quella. Dall’altra, al contrario, assistiamo all’esecuzione di una manipolazione che, pur occupandosi del riposizionamento di una precisa parte del corpo, in realtà lo riguarda nella sua totalità. Le levatrici sostengono, infatti, che la *sobada* deve essere *completa*, ossia estendersi anche agli arti inferiori e superiori, alla testa, alle spalle e alla schiena. Ciò che interessa loro è riportare in equilibrio l’intero organismo e non solo collocare nuovamente l’organo *descompuesto*.

36 Cfr. AA.VV. 1985; Colombo, Pizzini, Regalia 1987, Davis-Floyd 1992.

Già queste considerazioni portano a riflettere sulla diversità tra un approccio strettamente organicista (in cui si agisce *ad hoc* sull'organo malato) e, al contrario, un'idea del corpo come un insieme di parti costantemente in relazione con il tutto. Agire direttamente su organi specifici nel momento in cui emergono dei “segni” oggettivi di una malattia è un'idea che appartiene prevalentemente alla prospettiva medico-scientifica di matrice occidentale, ma che spesso non è presente nelle medicine “altre”,³⁷ che accolgono maggiormente (e in alcuni casi addirittura si fondano su) un'idea olistica del corpo umano. Nel caso dei Maya yucatechi, più volte ho rilevato l'importanza dell'equilibrio interno al corpo, frutto di una situazione di stabilità dei vari organi rispetto al punto centrale rappresentato dal *ti'pté*. Tale condizione però non si esprime solo in relazione a quest'organo ma è frutto di un equilibrio generale dell'organismo (per esempio un equilibrio “termico”), che si ripercuote dunque anche su altre parti, e viceversa. In questo senso, la *sobada* è un intervento sul corpo che, pur operando prettamente su un organo, è efficace per l'intero organismo. Ciò non accade con l'intervento chirurgico che, per sua stessa natura, è circoscritto solo alla parte interessata.

Cortada/picada e *sobada* sono dunque modalità di intervento che esprimono visioni mediche alquanto differenti: l'una legata maggiormente a una concezione meccanicistica del corpo, in cui ogni organo svolge un proprio compito e il corpo-macchina funziona quando le varie parti, sommate l'una all'altra, funzionano anch'esse; l'altra, quella di un corpo *totale*, in cui il buon funzionamento è dato dalle relazioni reciproche delle varie parti che compongono il tutto, e in cui mente e corpo non sono concepite in maniera oppositiva.

È questa un'altra questione nella quale la diversità tra l'approccio biomedico e quello delle medicine indigene o tradizionali si fa più sentire. Nel caso legato alla salute riproduttiva, la crescente medicalizzazione del parto e la conseguente trasformazione della donna da partoriente a paziente, hanno portato sempre più le donne a entrare negli ospedali, luoghi pubblici per eccellenza. La trasformazione del parto da evento privato (tradizionalmente effettuato nella propria casa, con l'assistenza di una levatrice e della famiglia) a evento pubblico (in ospedale, alla presenza di estranei) è infatti conseguenza di una concezione del parto come “malattia”, gestito non più da una rete di donne più o meno vicine alla paziente, ma da una équipe di esperti attenti al decorso della gravidanza, al pari appunto di quello di una patologia.

Nel contesto biomedico, come ha sottolineato Barbara Duden, il corpo della donna incinta è sempre più un corpo sottoposto allo sguardo pubblico, dove la

37 Intendo in maniera generica, con il termine di “medicine altre”, quelle medicine che non riconoscono come prioritario il paradigma medico-scientifico empirista e organicista, includendo dunque in questa definizione medicine anche molto diverse tra loro, come quella maya, quella ayurvedica o quella cinese.

dimensione privata della gravidanza (ad esempio la sensazione del primo movimento del bambino da parte della madre) è stata sostituita da una dimensione pubblica, in cui bisogna essere “dichiarate” incinte, e in cui la prova della gravidanza non è più nell’intimità del rapporto tra madre e figlio, ma nell’esecuzione di un test chimico (Duden 1994). La medicalizzazione del parto ha reso meno importante, sia nella madre sia nel personale sanitario, l’esperienza sensoriale che avviene all’interno del corpo femminile (come appunto le sensazioni di percepire in esso una nuova vita), a vantaggio di ciò che è visibile dall’esterno, magari attraverso un’ecografia. Manca sempre più oggi una percezione di tipo tattile della gravidanza, a vantaggio appunto di quella ottica (*ibidem*). “L’ossessione razionalistica della visibilità” è rilevata anche da Mariella Combi, che ricorda che “con l’elaborazione della tecnica scientifica di analisi degli organi del corpo, la scienza occidentale assume la convinzione che il corpo è ciò che può essere visto e osservato” (Combi 2000, p. 138). Relativamente all’importanza del sentire e del toccare con mano la gravidanza, le donne di Kaua lamentano che in ospedale non ci si possa prendere subito cura del bambino, mentre nella propria casa il neonato, una volta pulito e vestito, viene subito posto accanto alla madre e vi rimane costantemente. Si tratta, in questo secondo caso, di un modello di cura che è stato definito “ad alto contatto”, e che si caratterizza per lo stretto e intenso rapporto fisico tra mamma e bambino che inizia fin dalla nascita (e che è proprio della maggior parte della storia dell’uomo), in contrapposizione con “un modello “a basso contatto”, invenzione delle società industrializzate” (Balsamo 2002, p. 102).

Concezioni come quelle ora analizzate a proposito del parto ospedaliero si differenziano fortemente dall’idea della nascita quale evento naturale della vita della donna, che è ancora presente in quei contesti culturali dove il modello biomedico non è quello preponderante.

Così accade nel villaggio di Kaua, in cui più di tre decenni di presenza concreta della medicina scientifica (attraverso l’apertura del centro di salute), e il sempre maggiore interessamento del sistema sanitario nazionale alle questioni di salute riproduttiva non sono bastati a introdurre *in toto* un modello medicalizzato del parto. Le donne di Kaua, nonostante la crescita dei parti ospedalieri, e al contrario di ciò che rileva Duden per le donne europee e nord-americane, si mostrano ancora fortemente legate all’esperienza sensoriale della gravidanza, che si esprime in un rapporto di reciproca conoscenza tra madre e bambino, possibile proprio tramite le *sobadas*. I movimenti del piccolo, i cambiamenti del corpo della madre, le sensazioni e anche i disagi che una gravidanza comportano sono ancora elementi importanti nell’esperienza personale di queste donne. Tali eventi, come abbiamo visto, non vengono interpretati in senso patologico, ma vengono risolti attraverso meccanismi di controllo del corpo trasmessi da generazioni, come appunto le *sobadas* o le interdizioni alimentari e comportamentali di cui la *partera* si fa portavoce.

Anche nel momento del parto, le levatrici non ritengono il corpo delle loro pazienti una macchina in grado di svolgere da sola la funzione di espellere il bambino, ma affermano che le partorienti devono essere attive (*pongan su parte*), ossia si sforzino, partecipino e non siano pigre. È una partecipazione allo stesso tempo fisica e emozionale, che fa di ogni singolo parto un momento unico e eccezionale, e che coinvolge emotivamente non solo la donna e la famiglia ma anche la terapeuta. Siamo ben lontani da un rapporto medico-paziente in cui il primo è solo un *health care provider* (Taussig 1980, p. 10) e in cui l'evento del parto viene "oggettivato" e mistificato da chi esercita maggiormente il potere medico. L'evento del parto vissuto a Kaua, in cui dolore, sofferenza, sforzo fisico, partecipazione emotiva e sensazioni non vengono pilotati artificialmente (con farmaci di sintesi), ma sono lasciati liberi di emergere a seconda delle circostanze, rendono il corpo delle partorienti un *mindful body* (Scheper-Hughes, Lock 1987), in cui mente e corpo diventano un tutt'uno nel vivere l'esperienza stessa, e la dicotomia cartesiana che la biomedicina ancora trascina con sé finalmente si dissolve.

Tra locale e globale: il senso della sobada

L'assunzione di nuovi significati da parte di una pratica antica come la *sobada*, ossia la sua rifunzionalizzazione e ri-significazione in un contesto sociale, culturale e anche medico completamente cambiato nel corso delle ultime due generazioni, apre la riflessione sull' "apertura delle medicine indigene" (Landy 1974; Press 1980; Schirripa, Vulpiani 2000), ossia sulla loro capacità di confrontarsi con la presenza sempre più massiccia del sapere medico-scientifico di matrice occidentale. Al contempo è l'espressione di una "efficace esperienza ibrida" (Escobar 2001, p. 304) che ha permesso la ricreazione di elementi culturali propri pur nella conservazione di diversità culturali come fatti sociali e politici.

Il caso della *sobada* è da questo punto di vista esemplare: una pratica su cui è stato possibile "incanalare" preoccupazioni, pensieri, timori legati alla perdita del controllo sul proprio corpo e, nel caso delle levatrici, anche della propria professione è la conferma dell'estrema duttilità e flessibilità dei saperi tradizionali, che si mostrano in grado di rispondere a nuove situazioni e esigenze.

Per riassumere, la *sobada* è riuscita a mantenersi come *sapere sul corpo* (che si esprime nell'idea di mobilità del corpo femminile) e come modalità di azione attraverso cui tale sapere, incorporato nelle mani delle levatrici, viene trasmesso da donna a donna nel corso delle generazioni. In questo senso la *sobada* rivela la sua natura antropo-poietica (Remotti 1999): una sorta di fabbricazione dell'umano³⁸ e di costruzione di un modello culturale che

38 Cfr. Affergan, Borutti, Calame et al. 2005.

permette al tempo stesso l'espressione di valori condivisi ma anche la contestazione degli stessi. Il continuo intersecarsi di rappresentazione e azione, infatti, è il meccanismo attraverso il quale le donne di Kaua mantengono il controllo sul loro organismo e in particolare sulla capacità di dare la vita e elaborano un discorso "proprio" da opporre, all'occasione, a un discorso "altrui". In questo senso la *sobada* si carica di un significato ulteriore, ossia della capacità di esprimere attraverso la sua esecuzione anche un'idea politica sul corpo (individuale, sociale e politico) e di permettere alle donne di ritagliarsi uno spazio di potere proprio (che consiste nei tempi e nei luoghi delle *sobada*) in cui agire al di fuori del controllo maschile e medico. Ma la *sobada* è diventata anche uno strumento di difesa da parte delle levatrici nei confronti del sapere e del fare competitivo dei medici. Questa ulteriore funzione della *sobada* è tanto più importante per le terapeute di Kaua quanto più la crescente medicalizzazione del parto le spoglia di giorno in giorno di un ruolo professionale che è detenuto da generazioni. Si tratta di un problema pratico, di sopravvivenza individuale e sociale. Non solo è in gioco il sapere della levatrice nei confronti di quello del medico, ma evidentemente anche il sapere indigeno in senso lato, nei confronti di un sapere sempre più globalizzato.

Alla luce di queste riflessioni appaiono più chiari i motivi che mi conducono a considerare la pratica della *sobada* così importante. Attraverso la sua messa in atto si esprimono e si intersecano diversi discorsi, seppur di ordine differente. È una pratica che in questo senso conferma la necessità di un approccio integrale allo studio dei sistemi medici, in quanto mostra come essi siano sempre legati a altri aspetti della vita sociale, non solo a quelli che riguardano un corpo malato (Bibeau 1982). Allo stesso tempo, la complessità di significati che ha assunto è indice della sempre maggior "impurità" delle singole tradizioni mediche e dell'inevitabile "incrocio" tra le pratiche che li esprimono (Lupo 1998; Schirripa 2001; Ayora Diaz 2002). Nel villaggio di Kaua, la *sobada* è ora una pratica eseguita (dalle levatrici), ora una pratica vissuta (dalle pazienti), ora una pratica raccontata (da entrambe), e in cui i diversi livelli interagiscono e si influenzano reciprocamente. Questa polivalenza la rende "appetibile" a prestarsi a una varietà di discorsi e significati. Riassumendoli, la *sobada* di volta in volta è espressione di: un discorso "cognitivo e conoscitivo" sul corpo femminile; un discorso "politico" sul diritto di gestirlo; un discorso "di genere" sulla riproduzione umana; un discorso "pragmatico" sulla difesa di un mestiere e un ruolo sociale; un discorso "medico" sul parto e la nascita.

L'emergere di tanti discorsi attraverso l'esecuzione di quella che altro non è, all'occhio di tanti medici, che una "tecnica di massaggio" inefficace o dannosa, è stato possibile almeno per tre motivi. Innanzitutto per l'estrema versatilità della pratica stessa, che come molte pratiche e concezioni indigene appare essere flessibile e adattabile al contesto cui si riferisce. In secondo luogo per la

sorprendente capacità delle donne di Kaua (terapeute e non) di rielaborare elementi esterni alla loro cultura in maniera che diventino funzionali ai loro bisogni e alle loro necessità; e in terzo luogo per la grande abilità delle levatrici di rifunzionalizzare le proprie competenze e di metterle a disposizione delle donne tutte, adeguandole ai cambiamenti del tempo.

Si tratta di competenze che senza dubbio riguardano un sapere circoscritto (la salute riproduttiva) e specifico di una determinata area geografica e culturale (un villaggio maya dello Yucatan) ma che possono essere in qualche modo connesse con altre situazioni e contesti.

In questa prospettiva, mi interessa comprendere se la *sobada* possa contenere in sé un ulteriore discorso che non riguarda più il sapere medico o quello riproduttivo, le questioni di genere o il mantenimento di una professione. O meglio, che riunisce tutti questi discorsi insieme, e li colloca all'interno di un meta-discorso che coinvolge le relazioni tra saperi globali e saperi locali.

Se la riflessione postmoderna ha contribuito notevolmente alla decostruzione di concetti quali cultura, etnia, identità, proponendo l'idea di culture umane da sempre meticce, ibride o creole,³⁹ la metafora del "traffico culturale" (Fabietti, Malighetti, Matera 2000, p. 166) può essere utile per dar conto delle molteplici dimensioni che caratterizzano tali fenomeni. In particolare mi riferisco alla consapevolezza che "il traffico di beni, simboli, idee, valori ecc. non si risolve in una serie di "prestiti" e "acquisti" ma comporta invece una loro continua riformulazione, o "riposizionamento significativo" in base al contesto in cui vengono acquisiti o ceduti" (*ibidem*: 167). In un continuo rimando, cioè tra il significato che quei fenomeni culturali hanno sul piano globale e quello che assumono sul piano locale, e tenuto conto della matrice ibrida da ambo le parti che impedisce di ridurre il discorso a una semplice opposizione tra "tradizione" e "modernità" (Escobar 2001).

In questo contesto possiamo situare l'interazione tra la crescente medicalizzazione del parto che avviene da alcuni decenni nel villaggio di Kaua (come conseguenza dell'introduzione di concetti, valori e pratiche biomediche che si propongono come sapere globale) e le conoscenze indigene che costituiscono appunto l'ambito locale. Quale rapporto, dunque, tra i due? Prima di rispondere è necessario riprendere alcune considerazioni di ordine generale, che rendano conto delle relazioni tra le diverse parti in gioco.

Nello Yucatan i rapporti di forza tra saperi medici differenti sono anche espressione dei rapporti diseguali tra la popolazione indigena e la popolazione meticcica (medici e operatori sanitari solitamente provengono dalle aree urbane dove è maggiormente concentrata la popolazione messicana che non si

39 Cfr. Fabietti 1998, Clifford 1995, Amselle 2001, Hannerz 2001, Appadurai 2001, García Canclini 1999.

considera indigena); e tra popolazione messicana (come paese emergente) e Occidente (Menéndez 1981). Si tratta, in Messico, della preoccupante marginalità economica, sociale e culturale in cui versano le numerose etnie presenti nel paese, in molti casi vittime di violenza strutturale (Farmer 2006); e dove – come ribadito più volte – l’inseguimento di modelli e stili di vita occidentali conduce molti giovani a abbandonare il lavoro nei campi e a lavorare nei centri turistici della costa, innescando meccanismi di conflitto generazionale e di de-valorizzazione della cultura d’origine, come la vergogna di parlare la lingua materna.

Nella consapevolezza di queste dinamiche, ritengo però che il mio lavoro dimostri come - in certi casi - i saperi locali siano capaci di rinegoziare il proprio ruolo rispetto ai saperi globali, e addirittura di competere con questi. Si tratta certamente di processi non facili, che spesso conducono a un confronto e a volte anche a un conflitto, ma che ci mostrano come le culture siano in grado di reagire e di rispondere adeguatamente ai cambiamenti, senza necessariamente perdere la propria identità.

Le innovazioni e le tecniche importate dall’esterno vengono di volta in volta rielaborate e rifunzionalizzate nel contesto locale – peraltro già ibrido - in una sorta di selezione che le respinge o le fa proprie a seconda dei casi. È esattamente ciò che accade nel villaggio di Kaua nei confronti delle risorse messe a disposizione dalla medicina scientifica: le donne maya non rifiutano *tout court* il parto cesareo (anche perché consapevoli che a volte ne varrebbe della loro stessa vita e di quella dei loro figli) ma si oppongono all’alto numero di cesarei ingiustificati (o giustificati con motivazioni che non condividono) e scelgono di preservare la pratica della *sobada* per evitarli. Allo stesso modo le levatrici non rifiutano completamente l’impiego degli strumenti contenuti nella valigetta consegnata loro durante i corsi di *capacitación*: da tempo, per esempio, le forbici hanno sostituito le piante affilate o il *machete* con cui in passato si tagliava il cordone ombelicale. Rifiutano però ciò che *dal loro punto di vista* non risulta necessario: come l’utilizzo del *tapaboca* (la mascherina di plastica che dovrebbero indossare durante il parto, quando uno dei loro compiti è invece quello di parlare costantemente alla donna, incitandola a spingere) o a volte dei guanti, che impediscono loro di *sentire* il bambino.

Si tratta di processi che non avvengono ovviamente in una sola direzione: altrettanto accade ai saperi globali che, una volta in contatto con quelli locali, possono introdurre e elaborare elementi nuovi, o rielaborare quelli già noti. Il termine chiave di questo rapporto è dunque “interazione”: un processo che implica un’influenza reciproca e uno scambio continui tra le parti coinvolte (Fabietti, Malighetti, Matera 2000) e che, nel campo della salute, provoca un processo di indigenizzazione della biomedicina e di globalizzazione delle tradizioni terapeutiche locali (Kleinman 1995).

In questo contesto, mi sembra che la grande occasione della contemporaneità sia proprio la consapevolezza che il processo di

globalizzazione economica e culturale non significa tanto omogeneizzazione (come a volte si è affermato) ma dialettica tra le diversità del nostro pianeta. Seppur si tratta di una relazione a volte asimmetrica (per esempio tra il Nord e il Sud del mondo, per usare categorie abusate), tale rimando continuo tra logiche differenti è la chiave per confrontare visioni del mondo diverse, che rappresentano, in questi termini, possibilità alternative di essere. È proprio in questo continuo rapporto tra locale e globale (dove globale spesso significa “occidentale”) che si situa dunque oggi il confronto con la diversità culturale, intesa “come un serbatoio di conoscenza sedimentata sui differenti modi di fare le cose” (Hannerz 2001, p. 91).

È in questo senso che i saperi riproduttivi delle donne di Kaua appaiono “necessari”, in quanto offrono la possibilità di confrontarsi sui medesimi problemi (l'eccessiva medicalizzazione del parto, il controllo sul processo riproduttivo, la salute riproduttiva) e di contribuire forse a risolverli (anche solo in parte), o per lo meno a analizzarli secondo altri punti di vista.

La medicina scientifica si è mostrata, nel corso del tempo, maggiormente ricettiva nei confronti di una discussione critica delle proprie convinzioni e verso l'eventualità di accogliere prospettive di interpretazione, diagnosi e cura degli eventi fisiologici provenienti da altri contesti culturali. Ciò è accaduto anche nell'ambito della salute riproduttiva, seppure con modalità diverse nei vari paesi. In Europa, i paesi scandinavi o l'Olanda hanno mostrato, per esempio, maggiore resistenza al parto medicalizzato e hanno mantenuto, in accordo con il sistema sanitario nazionale, modalità di intervento meno ospedalizzate (per esempio incentivando il parto in casa). In Italia molti ospedali, soprattutto negli ultimi due decenni, si sono attivati per rendere il parto un evento più personale, proponendo alle donne la possibilità di trattamenti alternativi (il parto in acqua, o quello in casa seguito da un'ostetrica) o rendendo gli ambienti ospedalieri meno “disumanizzati”. Anche la presenza di un familiare in sala parto è ormai frequente, come la possibilità di rifiutare (quando non vi siano rischi per la salute della madre o del bambino) l'impiego di additivi chimici durante le fasi del travaglio o del parto. Ciò nonostante nella cultura italiana e occidentale in genere, partorire rimane nella maggioranza dei casi un evento di *routine* ospedaliera, in cui la dimensione psicologica, affettiva, emotiva della donna e dei familiari viene spesso sottovalutata, e in cui al contrario viene data più importanza alla dimensione puramente fisiologica dell'espulsione del bambino.

Ecco, in ultima analisi, come l'esperienza delle donne maya possa risultare utile alle donne italiane o francesi o americane: nel rappresentare una modalità differente - una delle alternative possibili - di porsi nei confronti del parto *eccessivamente* medicalizzato. Non si tratta ovviamente di proporre a queste donne un modello di parto “tradizionale” che si rivelerebbe fin da subito lontano dal contesto culturale in cui vivono, ma di ripensare il parto come un momento *soprattutto* privato, in cui madre e bambino non sempre hanno bisogno di mediazioni esterne (del personale medico, della tecnologia ecc.) per

sviluppare in maniera adeguata il loro rapporto. Ripensare alla conoscenza tra la madre e il bambino che avviene tramite le *sobadas* (*sentire* il bambino, manipolarlo, posizionarlo nel luogo ove si ritenga stia meglio e non solo *vederlo* prevalentemente attraverso lo schermo del monitoraggio fetale) vuol dire non tanto rifiutare gli utili progressi della medicina scientifica, ma riportare l'attenzione proprio sul fatto che il rischio è tale in quanto eccezione e non regola. Recuperare la dimensione privata del parto significa allora, tanto nello Yucatan quanto in altri paesi, dare alle donne lo spazio e il tempo per potersi accostare alla gravidanza in maniera più intima, senza la necessità che altri (il medico, il ginecologo, ecc.) legittimino in continuazione il rapporto con il loro bambino. Ma significa soprattutto ridare agli operatori sanitari il compito che gli spetta: quello di monitorare la gravidanza per verificare che non presenti aspetti patologici; il che è ben diverso dall'agire sul corpo gravido come se di patologia sempre si trattasse.

Le donne di Kaua che rifiutano il taglio cesareo quando non necessario e si appellano alle pratiche tradizionali per esprimere le proprie convinzioni hanno capito forse l'importanza di preservare (da ciò che è estraneo) un evento che appartiene prima di tutto alle donne. In questo modo difendono non solo se stesse, ma una parte importante del patrimonio culturale di cui dispongono.

Il fatto che la *sobada* sia diventata così importante e così connotata anche etnicamente (concepita come *propria* e opposta alle pratiche degli "altri") è, per concludere, la conseguenza delle continue interazioni tra saperi globali e saperi locali e dello sforzo di questi ultimi per non soccombere. Un sapere locale, ritenuto ancora efficace, la capacità eccezionale di "reinventarsi" e di resistere a dei saperi globali ben più forti sul piano economico, sociale, e anche culturale.

Ma non si tratta solo di un confronto. Le potenzialità creative e espressive della *sobada*, che si carica di inediti significati e funzioni secondo necessità, costringe il sapere medico affermato e globalizzato a rimettersi in discussione, a ripensare ai propri paradigmi e alle proprie convinzioni e a accogliere, almeno, in parte "altri modi di essere e di pensare".

In entrambi i casi, si potrebbe dire, si procede in quel percorso di ibridazione culturale che è insito in un dialogo sempre più orizzontale tra saperi differenti e che forse è il vero valore aggiunto di questa tanto complessa e dibattuta globalizzazione.

Bibliografia

- AA.VV., 1985, *Le culture del parto*, Milano, Feltrinelli.
- Academia de la lengua maya de Yucatán, 2003, *Diccionario Maya Popular. Maya-Español, Español-Maya*, Mérida, Compañía Editorial de la Península.
- Amselle, J. L., 2001, *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*, Flammarion, Paris; trad. it. 2001, Connessioni. Antropologia dell'universalità delle culture, Torino, Bollati Boringhieri.
- Affergan, F., Borutti, S., Calame, C., Fabietti, U., Kilani, M., Remotti, F., 2003, *Figures de l'humain. Les représentations de l'anthropologie*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris; trad. it 2005 *Figure dell'umano. Le rappresentazioni dell'antropologia*, Meltemi, Roma.
- Appadurai, A., 1996 *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, Minneapolis-London, University of Minnesota Press; trad. it. 2001, *Modernità in polvere. Dimensioni culturali della globalizzazione*, Roma, Meltemi.
- Augé, M., Herzliche, C., 1983, *Le sens du mal. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la malarie*, Paris, Eds des Archives contemporaines; trad. it 1986, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il saggiatore.
- Ayora Diaz, I. S., 2002, *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas. México: Plaza y Valdes.*
- Balsamo, E., 2002, "Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via dell'etnopediatria", in id., a cura, *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, Milano, Franco Angeli, pp. 99-158.
- Bibeau, G., 1982, "A systems approach to Ngbandi medicine", in P.S. Yoder, a cura, *African health and healing systems: procedings of a symposium*, Los Angeles, Crossroads, pp. 43-84.
- Carbonell, S., 1968, *Dizionario Fraseologico Italiano-Spagnolo e Spagnolo-Italiano*, Milano, Hoepli.
- Charuty, G., 1987, *Le mal d'amour, "L'Homme"*, XXVII (103), pp. 45-72.
- Clifford, J., 1993, *The predicament of culture. Twentieth-Century Ethnography, Literature and Art*, London, Harvard University Press, Cambridge (Mass.); trad. it. 1995, *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel XX secolo*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Colombo, G., Pizzini, F., Regalia, A., 1987, *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Milano, Angeli.
- Combi, M., 2000, *Corpo e tecnologie. Simbolismi, rappresentazione e immaginari*, Roma, Meltemi.
- Cooper, M. L., 1993, *The Role of Massage Healing in Cenotillo*, M.A. Thesis, Miami, Latin American Studies, University of Florida.
- Cosminsky, S. 1982, *Chilbirth and Change: a Guatemalan Study*, in P. C. MacCormack, *The Ethnography of Fertility and Birth*, London Academic Press,

pp. 205-229.

Csordas, T. J., 1990, *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", 18, 1, pp. 5-47.

Davis Floyd, R., 1992, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkley. University of California Press.

Duden, B., 1991, *Der Frauenlieb als Oeffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*, Luchterhand Literaturverlag GmbH, Hamburg-Zürig; trad. it 1994, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri.

Escobar, A., 2001, "Immaginando un'era di post-sviluppo", in R. Malighetti, *Antropologia applicata. Dal nativo che cambia al mondo ibrido*, Milano, Unicopli, pp. 293-308.

Fabietti, U., 1995, *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.

Fabietti, U., Malighetti, R., Matera, V., 2000, *Dal tribale al globale. Introduzione all'antropologia*, Milano, Mondadori.

Fassin, D., 1996, *L'espace politique de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris.

Farmer, P., 2006, "Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale", in I. Quaranta, a cura di, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, pp. 265-302, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Foucault, M., 1963, *Naissance de la clinique - une archéologie du regard médical*, Paris, PUF; trad. it. 1969, *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino.

Foucault M., 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard; trad. it. 1976, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi.

Gaines Atwood D., Davis-Floyd R., 2003, *On Biomedicine*, in C., M. Ember, a cura, *The Encyclopedia of Medical Anthropology*, Yale, Human Relations Area Files.

Garcia Canclini N., 1999, *La globalización imaginada*, México, Paídos.

Good, J. B., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press; trad. it. 1999, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità.

Good, M., 1995, *Childbirth and Conversation in Mérida, Yucatán*, Gainesville, University of Florida Press.

Guggino, E., 1986, *Un pezzo di terra e di cielo. L'esperienza magica della malattia in Sicilia*, Palermo, Sellerio.

Güémez Pinéda, M. A., 1997, "De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud", in E. Krotz, a cura, *Cambio cultural y resocialización en Yucatán, Mérida*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, pp. 117-147.

Hannerz, U., 1996, *Transnational Connections. Culture, People, Places*, London-New York, Routledge; trad. it. 2001, *La diversità culturale*, Bologna,

Il Mulino.

INEGI 2005 *Conteo de Población y Vivienda, Mérida*, Gobierno del Estado de Yucatán.

CONAPO, SSA 2005, *Estimaciones con base al Conteo Poblacional*, Mérida, Servicios de Salud de Yucatán,

INEGI, SSA 2004, *Base de mortalidad*, Mérida, Servicios de Salud de Yucatán.

Jordan, B. , 1978, *Birth in four cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Illinois, Wiveland Press; trad. it. 1984, *La nascita in quattro culture. Atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, I quaderni del nuovo stato, 7, Milano, Emme Edizioni.

Jordan, B., 1989, *Cosmopolitan Obstetrics: some Insights from the Training of Traditional Midwives*, “Social Science and Medicine” vol. 28, n. 9, pp. 925-944.

Kelly, I., 1956, *An anthropological approach to midwifery training in Mexico*, “Journal of Tropical Pediatrics”, 1, pp. 200-205.

Kleinman, A., 1995, *Writing at the margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*, Berkeley, University of California Press.

Kleinman, A., 1980, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

Landy, D., 1974, *Role adaptation: traditional curers under the impact of Western medicine*, “American Ethnologist”, 1, pp. 103-127.

Lock M., Kaufert, P., 1998, *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge, Cambridge University Press.

Lock, M., 1990, *On Being Ethnic: the Politics of Identity Breaking and Making in Canada, or Nevra on Sunday*, “Culture, Medicine and Psychiatry”, n. 14, pp. 237-54.

Lupo A., 1998, “Postille sulle trasformazioni della medicina tradizionale in Messico”, in id., *La cultura plurale: riflessioni su dialoghi e silenzi in Mesoamerica*, Roma, Cisu, pp. 185-214.

Martin, E., 1987, *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Boston Mass.

Matera, V., 2004, *La scrittura etnografica*, Roma, Meltemi.

Menéndez, L. E., 1981, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán, México*, Ediciones de la Casa Chata.

Menéndez, L. E., 1992, “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”, in R. Campos Navarro, *La antropología médica en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 97-111.

Nazioni Unite, 1994, *Dichiarazione e programma d'azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo - Il Cairo*, Roma, Commissione Nazionale per le Pari Opportunità.

- Nazioni Unite, 1996 *Pechino 1995: dichiarazione e programma d'azione*, Roma, Commissione Nazionale per le Pari Opportunità.
- Ong, A., 2007, "The production of Possession: Spirits and the Multinational Corporation in Malaysia" in M. Lock, J. Farquhar, a cura, *Beyond the Body Proper. Reading the Anthropology of material Life*, Duke University Press, London, pp. 512-530.
- Pandolfi, M., 1991, *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*, Milano, Franco Angeli.
- Pizza, G., 2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci.
- Pizza, G., 1998, "Così siamo composte noi... Figure della corporeità femminile in un'area appenninica della Campania", in id., a cura, *Figure della corporeità in Europa, "Etnosistemi"*, n. 5, pp. 73-93.
- Press, I., 1980, *Problems in the definition and classification of medical systems*, "Social Science and Medicine", 14B, pp. 45-57.
- Quattrocchi P., 2007a, "¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán", in P. Quattrocchi, M. Guémez Pineda, a cura, *Salud reproductiva e Interculturalidad en el Yucatán de hoy*, pp. 77-114.
- Quattrocchi, P., 2007b, *Obiettivo del Millennio e salute riproduttiva. Quale ruolo per le levatrici? Il caso dello Yucatan*, "I Fogli di Oriss", n. 27/28, pp. 11-36, Milano, Colibrì.
- Quattrocchi, P., 2006, *Confini del corpo e pratiche puerperali. "Apertura" e "chiusura" del corpo femminile tra i Lenca di La Campa (Honduras) e i Maya yucatechi del villaggio di Kaua (Messico)*, "La Ricerca Folklorica", n. 53, Grafo, Brescia, pp. 23-40.
- Quattrocchi, P., 2005, *Componer al niño. Il massaggio prenatale in un villaggio maya dello Yucatán (Messico)*, "Quaderni di Thule", n. V, Atti del XXVII Convegno Internazionale di Americanistica, Perugia, Argo, Lecce.
- Quattrocchi, P., 2004, *L'ombelico del mondo. Rappresentazioni e pratiche relative al ti'pté in un villaggio maya dello Yucatan, Messico*, "La Ricerca Folklorica", n. 50, Grafo, Brescia, pp. 35-43.
- Remotti, F., 1999, a cura, *Forme di Umanità. Progetti incompleti e cantieri sempre aperti*, Torino, Paravia.
- Redfield R., Parker M., 1940, *Disease and its treatment in Dzitas*, Yucatan, Carnegie Institution, Washington.
- Redfield, R., Villa Rojas, A., 1936, *Chan Kom. A Maya Village*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Redfield, R., 1941, *The Folk Culture of Yucatan*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Scheper-Hughes, N., Lock, M., 1987, *The Mindful Body: A Prologomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", I, pp. 6-41.
- Scheper Hughes 2007, N., "Nervoso", in M. Lock, J. Farquhar, a cura, *Beyond the Body Proper. Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University

Press, London, pp. 459-467.

Scheper-Hughes, N., 2000, Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica in R. Borofsky *L'antropologia culturale oggi*, Roma, Meltemi, pp. 281-292.

Schirripa, P., 2001, *Sistema medico*, "AM. Rivista di Antropologia Medica", n. 9/10.

Schirripa, P., Vulpiani P., 2000 L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche di confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe, Argo, Lecce.

Taussig, M. T., 1980, *Reification and the Consciousness of the Patient*, "Social Science and Medicine", XIVb, pp. 3-13.

Villa Rojas, A., 1980, *La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán*, "Anales de Antropología", vol. XVII, pp. 31- 46.

Wikan, U., 1990, *Managing Turbulent Hearts: A Balinese Formula for Living*, University of Chicago Press.

WHO, 2004, *Making pregnancy safer. The critical role of the skilled attendant*, Ginevra, WHO.

Worsley, P., 1982, *Non-Western medical systems*, "Annual Review of Anthropology", n. 11, pp. 315-348.

Young, A., 1982, *The anthropology of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", n. 11, pp. 257-285.

Zampléni, A., 1999, *Tra sickness e illness: della socializzazione all'individuazione della malattia*, in R. Beneduce, a cura, *Mente, persona e cultura. Materiali di etnopsicologia*, l'Harmattan Italia, Torino, pp. 57-82.

Zolla, C., Del Bosque, S., Mellado, S., Tascón, A., Maqueo, C., 1992, *Medicina tradicional y enfermedad*, in R. Campos Navarro, a cura, *La antropología médica en México*, vol. I, México, Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 71-104.